

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

884

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Guy LE CHANU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 17 mai 1935 à DINAN (C. du N.)

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 1962.

A PROPOS DE QUELQUES INDICATIONS ACTUELLES
DE L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE.

Président : M. LEPAGE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Guy LE CHANU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 17 mai 1935 à DINAN (C. du N.)

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 1962.

A PROPOS DE QUELQUES INDICATIONS ACTUELLES
DE L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE.

Président : M. LEPAGE, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Ohampy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailles (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE
2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bouicaud	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale		DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSET (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYQUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	PLAS (F.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Carcinologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie	LEDoux-LEBARD (G.)		JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZIGONACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Electro-Radiologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Hématologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.)		
Médecine du travail	PERTUISET (B.)		
Neuro-chirurgie	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Ophtalmologie			

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUGAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{re} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DÉSVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ANGLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme

A mon Fils

A mes Parents

à qui je dois mes études médicales.

En témoignage de ma reconnaissance.

A ma Famille

A mes Amis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur LEPAGE

Professeur de la Chaire de Physiologie et Pathologie Obstétricales

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé E. HERVET

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

Qui guida nos premiers pas en obstétrique et nous a inspiré cette Thèse.

En le remerciant de l'amabilité avec laquelle il nous a prodigué son aide et ses conseils.

En témoignage de profonde gratitude.

A nos Maîtres en Gynécologie et Obstétrique

Monsieur le Docteur LANVIN

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous accueillir dans son service et nous y a fait profiter de son enseignement.

Monsieur le Docteur SUZOR

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

Dont l'expérience pratique nous fut un exemple précieux.

Monsieur le Docteur CHOME

En témoignage de gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous fit profiter de son savoir.

Monsieur le Professeur Agrégé SUREAU

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Agrégé SENEZE

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux.

A nos Maîtres d'Externat

Monsieur le Docteur Raymond BERNARD

Monsieur le Docteur MOUSSOIR

Monsieur le Professeur FEY

Monsieur le Professeur BROUET

A nos Maîtres d'Internat (faisant fonction)

Monsieur le Professeur Agrégé E. HERVET

Monsieur le Docteur LANVIN

Monsieur le Docteur SUZOR

Nous tenons ici à remercier particulièrement le
Professeur LEPAGE et le Docteur SUZOR, qui en acceptant de
nous confier les observations de la Maternité Pinard et de la
Maternité Boucicaut, nous ont permis de compléter ce travail
par des illustrations cliniques.

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail, en dehors des considérations morales ou religieuses, le problème des indications de l'avortement thérapeutique, du point de vue du médecin, en fonction des possibilités de la thérapeutique en 1962. En effet, il nous a paru intéressant, maintenant que nous possédons un certain recul permettant de juger des résultats de certaines thérapeutiques modernes : chirurgie cardiaque, traitements médicaux et chirurgicaux de la tuberculose pulmonaire, en particulier, de faire le point sur les modifications qu'elles ont pu entraîner dans la nature et la fréquence des indications de l'avortement thérapeutique.

L'avortement thérapeutique est l'aveu d'une impuissance ; impuissance à traiter autrement une maladie dont l'association à la grossesse aggrave dangereusement l'évolution. Le problème est donc étroitement lié à l'évolution de la connaissance médicale ; celle-ci a permis la disparition quasi totale de certaines indications autrefois reconnues (vomissements gravidiques par exemple). La connaissance médicale, à l'inverse, apporte aussi de nouveaux sujets de discussion : l'impuissance à éviter les graves conséquences foetales de certaines infections virales a amené certains à poser le problème eugénique.

Il est éminemment souhaitable qu'un jour l'avortement thérapeutique disparaisse totalement . Le Professeur PORTES disait : "si nous pouvions dire un jour que l'avortement thérapeutique a vécu, nous aurions éliminé de notre part le dernier geste véritablement empreint de barbarie".

Cependant, nous ne pouvons malheureusement encore l'éliminer totalement, comme nous le verrons dans cette étude.

Revoyons d'abord la position de la législation française.

Le décret-loi du 29 juillet 1939, dit Code de la famille, pour la première fois dans la législation française, fait état de l'avortement thérapeutique.

Article 87 - Lorsque la sauvegarde de la vie de la mère, gravement menacée, exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entraîner l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de deux médecins consultants dont l'un pris sur la liste des experts près le Tribunal Civil, qui après examen et discussion, attesteront par écrit que la vie de la mère ne peut être sauvegardée que par une telle intervention thérapeutique. (Un des exemplaires de la consultation sera remis à la malade ; les deux autres conservés par les médecins consultants.

Le Code de Déontologie, décret du 27 juin 1947, précise les modalités d'application.

Article 32 - Il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que lorsque la vie de la mère se trouve gravement menacée ; cette opération permet d'espérer sauver la vie de la mère.

On entend par avortement thérapeutique l'interruption provoquée de la grossesse dans un but thérapeutique avant la date de viabilité foetale.

A l'issue de toute consultation faite en exécution des prescriptions de l'article 87 du décret-loi du 29 juillet 1939, en vue d'examiner la nécessité d'interrompre une grossesse les trois médecins prenant part à la consultation doivent, indépendamment des trois certificats prévus par les dispositions législatives ci-dessus rappelées, dans le cas où l'avortement est décidé, et d'un certificat délivré à l'intéressée, rédiger dans tous les cas, quelle que soit la décision prise, un protocole donnant les raisons de celle-ci et l'adresser sous pli recommandé au Président du Conseil

Départemental dont ces médecins font partie ; si ces médecins relèvent de Conseils différents, un exemplaire de ce procès-verbal doit être adressé à chaque Conseil Départemental intéressé.

En cas d'indication d'avortement thérapeutique et dans le cas d'extrême urgence, le médecin a l'obligation de se conformer aux règles suivantes :

1 - Si la malade dûment prévenue de la gravité du cas refuse l'intervention, le médecin doit s'incliner devant la volonté librement exprimée de sa malade.

2 - Si le médecin sait que la malade consentante est mineure, il doit, avant de pratiquer l'intervention, s'efforcer d'obtenir le consentement du mari ou des membres de la famille exerçant la puissance paternelle.

3 - Si le médecin en raison de ses convictions estime qu'il lui est interdit de conseiller de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité des soins par un confrère qualifié.

La position de la législation est donc fort claire et BALTHAZARD a par la suite insisté sur l'obligation de l'existence des trois impératifs suivants :

- 1 - La mère encourt un danger qui menace sa vie.
- 2 - Le danger est sous la dépendance certaine de la grossesse.
- 3 - Le danger cessera avec l'interruption de grossesse.

On voit donc qu'il n'est pas question ici d'autre chose que du danger vital ; l'altération des fonctions : vue, audition n'est nullement concernée.

De même, la mère étant seule en cause, la loi n'autorise aucune interruption dans un but eugénique.

L'application rigoureuse des principes de BALTHAZARD restreint au plus haut point les indications à l'interruption : en effet, il n'en est guère qu'une, aujourd'hui pratiquement disparue, pour y répondre pleinement : les vomissements graves.

En effet, de toutes les indications classiques et unanimement approuvées, bien peu peuvent être confrontées à ces impératifs, "l'interruption de grossesse fera cesser le danger qui menace la vie de la mère", est, bien sûr, le point le plus important ; dans la plupart des indications, il se traduit en fait par :

1 - La continuation de la grossesse est un danger de mort à brève échéance.

2 - L'interruption (lorsque sont épuisés tous les moyens thérapeutiques autres) est la dernière possibilité thérapeutique et fera cesser ce danger dans la majorité des cas.

Le souhait de certains serait l'orientation vers l'avortement "prophylactique", basé sur les arguments suivants :

- intervenir lorsque la vie de la mère est en danger immédiat est ajouter aux désordres existants.

- lorsque les lésions dues à l'affection associée à la grossesse en sont à un stade suffisamment avancé pour mettre la vie en danger immédiat, il est peu probable que l'interruption améliorera les organes atteints::

Exemple : Une femme enceinte porteuse d'une néphropathie chronique hypertensive doit être avortée, non pas lorsqu'une insuffisance rénale majeure et un fond d'oeil au stade IV sont constatés, moment auquel l'inter-

ruption sera inefficace, mais lorsque le rein possède une certaine valeur fonctionnelle, lorsque le fond d'oeil n'est pas trop péjoratif.

Cette conception d'un danger de mort "à venir" est extrêmement discutable, aucun critère ne permet d'affirmer au début de la grossesse que quelques mois plus tard un risque vital apparaîtra. Dans le cas où une discussion d'interruption de cet ordre est amorcée, de nombreux facteurs interviendront, l'âge, la parité, les antécédents, les éléments sociaux joueront un rôle non négligeable. On devra également évoquer les risques possibles de l'avortement lui-même.

Ceci montre bien que chaque cas est un cas d'espèce ; une femme atteinte d'une cardiopathie valvulaire sévère tolérera probablement une première grossesse si ses conditions de vie sont parfaites.

La même cardiopathie chez une multipare âgée, devant s'occuper de ses enfants, sans aide, dans une condition matérielle difficile est malheureusement à envisager de façon beaucoup plus péjorative. Malgré d'indiscutables progrès sociaux ces dernières années, ces facteurs sont loin d'être éliminés.

- Le problème de l'interruption de grossesse pour altération grave d'une fonction a également été soulevé.

Le type en est réalisé par la menace de cécité des rétinopathies gravidiques. L'Académie de Médecine en 1952 a émis le vœu que la loi tienne compte de ce cas particulier.

Nous étudierons maintenant successivement chacune des affections qui, associées à la grossesse, peut poser encore le problème de l'avortement thérapeutique.

I - AVORTEMENT THERAPEUTIQUE CHEZ LES CARDIAQUES

Les indications de l'interruption se sont ici modifiées :

1 - dans leur nombre, elles ont diminué :

KELLER, 1938, 13 avortements sur 100 card. enceintes.

JEFCOATE en 1960, 1°/o environ d'avortements thérapeutiques par rapport à la totalité des cardiaques enceintes.

2 - dans la nature des lésions responsables.

En effet, quelles étaient, avant l'apparition des traitements chirurgicaux et l'amélioration des traitements médicaux, les lésions nécessitant le plus fréquemment l'interruption ?

a - Avant tout le rétrécissement mitral, lorsqu'il s'accompagnait d'accidents paroxystiques :

O.A.P. non amélioré par le traitement médical et récidivant,

Troubles du rythme : arythmie complète permanente,

Dyspnée de décubitus, signes d'I.V.D., hépatomégalie, oedèmes, soit signes d'insuffisance cardiaque au repos (classe III de la classification de PARDEE) ; signes d'évolutivité, rhumatisme cardiaque, évolutif.

b - Les affections congénitales étaient en général considérées de bon pronostic.

Quels sont les facteurs ayant entraîné la modification des indications ?

1 - Le dépistage des cardiopathies est plus précoce qu'autrefois en raison de la meilleure organisation de la médecine sociale :

- les examens médicaux du travail,

- les examens prénuptiaux,
prénataux,

permettent souvent la découverte des lésions et la mise en oeuvre d'une thérapeutique médicale (repos, régime, diurétiques).

2 - Les moyens d'exploration et de traitement se sont améliorés :

a - Thérapeutique médicale : le régime, le repos, les sédatifs sont connus depuis longtemps, mais la thérapeutique digitalique s'est modifiée (cures beaucoup plus longues, quantités plus importantes qu'autrefois).

Les diurétiques sont d'emploi très simple (traitements contre-indiqués s'il existe une lésion rénale surajoutée).

Les anti-coagulants permettent d'éviter les accidents emboliques.

Les antibiotiques ont vaincu l'Osler, les infections puerpérales chez la cardiaque.

Les corticoïdes permettent peut-être de vaincre totalement le R.A.A. et d'éviter ses séquelles, réalisant la prophylaxie idéale.

b - Thérapeutique chirurgicale : soit au dehors de la grossesse, soit même durant celle-ci : essentiellement, la commissurotomie mitrale. Pratiquée couramment depuis dix ans, elle supprime le barrage mitral et, par conséquent, les graves complications pulmonaires du R. Mitral.

Il ne faut cependant pas oublier que la commissurotomie mitrale n'est indiquée que dans le R.M. pur sans insuffisance associée.

La commissurotomie est suivie de résultats très satisfaisants dans les deux tiers des cas.

Les interventions plus complexes, en général, sur des lésions congénitales sont de mieux en mieux codifiées :

- résection des sténoses isthmiques de l'aorte,
- intervention sur le canal artériel,
- cure de tétralogie de Fallot,
- cure de communication inter-auriculaire, c. inter-ventriculaire.

Elles permettent, par le rétablissement d'une situation anatomique satisfaisante, la meilleure compensation pour l'appareil cardio-vasculaire de la surcharge gravidique.

II - LES DANGERS DE L'ASSOCIATION CARDIOPATHIE + GROSSESSE

Ils sont encore menaçants :

Pour ULLERY, 1954, statistique portant sur 41.631 accouchements, 27 % des femmes mortes pendant la grossesse, étaient porteuses d'une lésion cardiaque.

Pour HAMILTON, 20 % des morts maternelles, sont dues à une cardiopathie.

Pour MENDELSON, 1 % des cardiaques meurent de leur accouchement.

BROUSTET, en 1956, sur 80 cardiaques accouchées, note 20 aggravations nettes dans les six mois suivant l'accouchement.

MAURICE et THIROLOIX : 141 associations, 76 aggravations.

GHILAIN, 23 aggravés sur 150 cardiaques.

C'est dire que, malgré les améliorations considérables de la thérapeutique des cardiopathies, le problème de l'avortement thérapeutique peut encore se poser.

III - QUAND PEUT-ON DISCUTER L'INTERRUPTION ?

A - Le problème peut se poser de façon immédiate devant des accidents précoces.

S'il s'agit de lésions acquises, rhumatismales ; les accidents précoces se voient essentiellement dans :

a - Le rétrécissement valvulaire aortique : il s'accompagne

- de signes d'asystolie précoces (oedèmes, gros foie, oligurie),
- de phénomènes douloureux (angor).

BRICAUD, sur 80 cardiaques enceintes étudiées, rapporte 3 cas de mort moins d'un an après l'accouchement, chez 3 femmes porteuses d'une sténose aortique.

BROUSTET insiste sur le caractère péjoratif de cette lésion : "qui paraît l'une des plus lourdement grevées en matière d'accidents gravidocardiaques et, si elle est moins souvent signalée que le rétrécissement mitral, c'est en raison de sa fréquence moindre".

Cependant, le rétrécissement aortique, lorsqu'il est pur, est justiciable de la chirurgie.

Nous ne connaissons cependant pas d'observation de R.A. acquis opéré pendant la grossesse :

Ceci provient de la difficulté de l'intervention, (nécessité d'une circulation extra-corporelle), de la difficulté d'une bonne préparation de la malade à l'intervention s'il existe déjà des accidents majeurs.

L'avortement, s'il est décidé, sera fait de préférence par voie basse pour éviter une cicatrice utérine, sans stérilisation, car l'intervention en dehors de la grossesse sera souvent possible.

b - Le rétrécissement mitral pur s'accompagne volontiers :

- d'accidents précoces :

- .oedème subaigu,
- .hémoptysie,
- .dyspnée de décubitus.

- d'aggravation brutale de l'état cardiaque, passage du stade II au stade IV de la classification de PARDEE.

Stade II : activité diminuée + S. Fonctionnels

Stade IV : insuffisance cardiaque progressive sous tt.

- de troubles du rythme, tachycardie paroxystique, arythmie complète permanente, aboutissement de l'endomyocardite des mitrales.

On dispose ici de 3 possibilités :

- traitement médical
- et traitement chirurgical de la lésion cardiaque,
- avortement thérapeutique.

- Le traitement médical est toujours indiqué, consistant en : repos, sédatifs, régime sans sel strict, diurétiques.

Le traitement anti-coagulant pose le problème des dangers des dicoumariques chez la femme enceinte.

- On pratiquera un bilan médical complet.
- Antécédents obstétricaux.

Bilan cardio-vasculaire :

Clinique - Signes fonctionnels : dyspnée,
rythme cardiaque.

Physique : auscultation à la recherche de l'apparition des signes d'insuffisance mitrale.

Radiologique : étudiant la silhouette cardiaque, la clarté des champs pulmonaires.

Electro-cardiographique : recherchant une surcharge ventriculaire droite ou gauche.

Le cathétérisme cardiaque est d'un gros intérêt dans la discussion des indications chirurgicales :

Il étudie en effet l'hypertension pulmonaire,
le retentissement ventriculaire droit.

L'indication idéale de la commissurotomie est représentée par :

"Le rétrécissement mitral oedémateux de GALLAVARDIN avec suboedème d'effort, à répétition, rythme cardiaque sinusal, petit coeur à la radiographie (Zographos).

Pour GLOVER, l'exploration mitrale a un intérêt à titre curatif ou à titre d'exploration. Si elle montre l'impossibilité d'agir, valvules rigides, régurgitation importante, thrombose.

L'intervention est à déconseiller dans les formes très graves (St.IV), dans les cas où la sténose n'est pas pure.

Les indications de l'avortement thérapeutique à titre curatif seront donc : l'existence d'une insuffisance cardiaque majeure, St. IV, rebelle au traitement médical, préexistant à la grossesse, contre indication à la chirurgie.

L'existence d'une insuffisance cardiaque associée à une arythmie complète (celle-ci contre-indique la commissurotomie).

Pour certains, l'existence à l'exploration cardiaque de lésions interdisant la commissurotomie.

Enfin, une catégorie d'apparition récente faite de l'échec d'une ou plusieurs commissurotomies s'accompagnant de signes de décompensation.

c - La maladie mitrale, les lésions mitro-aortiques représentent actuellement la catégorie la plus fréquemment justiciable de l'avortement thérapeutique.

Ici, il n'existe pas de possibilité chirurgicale, les accidents de décompensation précoce sont fréquents et de traitement difficile, ils consistent essentiellement en accidents d'insuffisance cardiaque globale, parfois accidents paroxystiques d'O.A.P., mal contrôlés par le traitement médical.

Celui-ci doit toujours être tenté sérieusement pendant une durée suffisante. C'est l'échec de ce traitement, la récurrence des accidents paroxystiques, l'aggravation des signes cliniques, radiologiques et électrocardiographiques, qui amèneront à prendre la décision d'interruption.

d - Les cardiopathies congénitales

Le rétrécissement de l'Artère pulmonaire, le rétrécissement de l'isthme aortique (coarctation), peuvent s'accompagner d'accidents précoces : insuffisance cardiaque rapide pour le rétrécissement de l'A.P., rupture de l'aorte sténosée pour la coarctation.

POINCARRET, sur 27 cas de grossesse + malformations cardiaques note 60 % d'aggravation de la cardiopathie dès la première grossesse.

ROUGER, dans sa thèse, passe en revue 67 cas mondiaux de coarctations + grossesse :

- 13 décès pendant la grossesse,
- 15 aggravations,
- 37 bien tolérées.

2 interventions de Graaford pendant la grossesse ont été suivies d'accouchements à terme.

ESPINOVELA et CASTRO-ABREU :

Sur 53 cas de cardiopathies congénitales + grossesse, font état de 4 décès : 3 femmes porteuses d'un canal artériel (1 décédée d'endocardite d'Osler, 2 asystolies).

1 C.I.A. décédée d'insuffisance cardiaque aiguë.

On voit donc que les altérations congénitales sont loin d'être toujours bien tolérées pendant la grossesse.

Ici encore, le traitement chirurgical est possible, mais discuté, pendant la grossesse.

Il existe plusieurs observations de coarctations opérées pendant la grossesse, suivie d'accouchements dans de bonnes conditions.

IGNA fait état de 3 tétralogies de Fallot, opérées chez des femmes enceintes : 1 succès,

1 suivie d'avortement spontané à 14 semaines,

1 échec : insuffisance cardiaque.

Ici encore, l'indication de l'interruption est un cas d'espèce ; certaines malformations sont parfaitement tolérées (C.I.A.), d'autres immédiatement aggravées.

C'est devant l'impossibilité d'un traitement chirurgical pendant la grossesse, devant l'aggravation rapide sous traitement de la décompensation, qu'on devra se résoudre à l'interruption, en ayant parfois l'espoir que la chirurgie sera possible ultérieurement.

Quelles améliorations peut-on attendre de l'interruption de la grossesse à titre curatif ?

Ici encore, les résultats des divers auteurs sont très différents.

KELLER, en 1938, signalait 100 cas de cardiopathie et grossesse : 13 avortements thérapeutiques,

avec 50 % de morts dans les suites éloignées pour ces avortements,

37 % pour les grossesses allant à terme.

GHILAIN, en 1951, sur 17 avortements thérapeutiques pour cardiopathie, signale 16 % de mortalité dans les suites éloignées.

MAGNIN, en 1956, a pratiqué 3 avortements thérapeutiques sur 167 associations cardiopathie et grossesse ; tous trois ont eu des suites satisfaisantes avec disparition des phénomènes fonctionnels graves (dyspnée de décubitus, oedème subaigu).

Dans les cas qu'il nous a été possible d'observer, nous avons constaté également une nette amélioration des symptômes fonctionnels, si, bien évidemment, l'interruption n'a jamais modifié une arythmie complète, elle s'est toujours accompagnée de la disparition rapide de la dyspnée de décubitus, des hémoptysies, des signes d'oedème subaigu.

B - Le problème de l'interruption dite prophylactique

C'est bien entendu une indication qui ne pourra être autorisée par la loi que si l'on certifie que la vie de la mère sera en danger au cours de sa grossesse. Il nous a paru utile d'en discuter les arguments médicaux :

- les partisans en sont maintenant fort peu nombreux :

Les arguments invoqués sont les suivants :

L'avortement thérapeutique lorsque la vie de la mère est en danger immédiat, ne présente que peu d'intérêt ; il ne fait qu'ajouter aux désordres existants et ne permettra pas d'amélioration du myocarde.

Lorsque l'avortement est pratiqué à titre "prophylactique", il permet d'éviter l'apparition de lésions irréversibles. Il permet aussi, lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas possible immédiatement, de ne pas "laisser passer le stade chirurgical", en laissant la grossesse altérer le myocarde, et d'intervenir ultérieurement.

Cet avortement "prophylactique" pour un danger futur est difficilement défendable : en effet, quels critères au début de la grossesse permettront d'affirmer que la malade sera en danger de mort quelques mois plus tard ? Il n'y en a aucun qui soit absolu.

Il faut s'attacher à étudier les antécédents de la malade :

- nombre de grossesses précédentes,
- rapprochement de ces grossesses,
- accidents gravido-cardiaques au cours de ces grossesses (selon NOEL, ils récidivent dans 75 % des cas),
- âge de la malade : plus de 35 ans, 2 fois plus de risques d'accidents,
- l'étiologie des lésions,
- leur caractère évolutif.

Parmi les indications les moins discutables de ces avortements "prophylactiques", on pourrait citer :

- La grande multipare âgée, ayant déjà eu des accidents gravido-cardiaques,
- Les récidives du processus rhumatismal : rhumatisme cardiaque évolutif, endocardite d'Osler.
- Les échecs de la chirurgie (MENDELSON est résolument partisan de l'interruption dans ces cas).
- Les associations morbides :
 - association de la cardiopathie à une insuffisance rénale chronique, ou à une hypertension artérielle permanente,
 - association à la tuberculose, à une cyphoscoliose.

Cependant, dans les cas où aucune amélioration par les traitements médico-chirurgicaux ne peut plus être opérée, chez la multipare âgée, la stérilisation prophylactique pourrait parfois éviter la discussion toujours difficile de la conduite à tenir lorsque l'affection initiale est associée à la grossesse.

O B S E R V A T I O N S

=====

Nous avons de 1951 à 1961 réuni 13 observations d'avortements thérapeutiques pour cardiopathie.

Nous remercions le Professeur LEPAGE et le Docteur SUZOR d'avoir bien voulu nous confier les observations de la Maternité Pinard de l'Hôpital Boucicaut.

Ces 13 cardiopathies se divisent en :

- 4 rétrécissements mitraux rhumatismaux,
- 6 cardiopathies valvulaires complexes,
- 3 cardiopathies congénitales.

OBSERVATION N° I

Madame M 31 ans. 1951 - Maternité Pinard.

Antécédents :

A l'âge de 14 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu entraînant l'apparition d'un rétrécissement mitral.

En 1946 : Première grossesse marquée par plusieurs hémoptysies - plusieurs poussées d'œdème subaigu.

Accouchement à 8 mois d'un garçon vivant.

Suites de couches normales.

En 1948 : Grossesse mal tolérée

Tachycardie paroxystique

Fausse couche spontanée de 3 mois.

En 1951 : Grossesse actuelle :

marquée par : - un état d'oedème subaigu

- une dyspnée de décubitus

- des algies précordiales.

Examen des cardiologues :

rétrécissement mitral serré avec gros retentissement sur la petite circulation.

radiographie : grosse dilatation de l'oreillette gauche.

cathétérisme : pressions élevées dans l'artère pulmonaire.

Avortement thérapeutique au terme de 3 mois par césarienne vaginale suivie de ligature des trompes.

Suites opératoires bonnes - la dyspnée disparaît, le rythme cardiaque se ralentit et se régularise.

OBSERVATION N° 2

Madame C 33 ans. 1951 - Maternité Pinard.

est porteuse d'un rétrécissement mitral rhumatismal.

En 1944 : 1ère grossesse, bien tolérée.

1945 : 2ème grossesse, dyspnée d'effort.

1946 : 3ème grossesse, hémoptysies répétées.

1948 : 4ème grossesse, dyspnée de décubitus durant toute la grossesse.

1950 : Avortement spontané au terme de 3 mois.

1951 : 6ème grossesse.

Depuis le début de la grossesse (3 mois) plusieurs crises d'oedème pulmonaire, mal réduites par le traitement médical.

- Interruption au terme de 3 mois par voie basse.

Suites opératoires normales.

Ces deux observations sont intéressantes car il est plus que probable que ces malades, surtout la première, auraient bénéficié de la commissurotomie mitrale.

Elles sont l'exemple de l'évolution des indications de l'interruption thérapeutique.

OBSERVATION N° 3

Madame F 28 ans. 1954 - Pinard.

Rétrécissement mitral rhumatismal découvert à l'âge de 7 ans.

1949 : Accouchement à 7 mois.

Enfant décédé à 15 jours.

1950 : Avortement spontané à 2 mois 1/2.

1951 : Accouchement à 8 mois : enfant suspect de cardiopathie congénitale.

Janvier 1954 : Avortement spontané à 4 mois.

Donc il s'agit d'une 5ème grossesse chez une femme ayant un enfant vivant, suspect de cardiopathie.

Le début de la grossesse est mal toléré : hémoptysies, plusieurs crises d'oedèmes subaigus.

Dyspnée de décubitus.

Interruption au terme de 3 mois 1/2 par voie basse, suivie d'une ligature des trompes.

Suites normales, amélioration des signes fonctionnels.

OBSERVATION N° 4

Madame F 28 ans. 1960 - Pinard.

Rétrécissement mitral après une chorée de Sydenham.

1955 : grossesse suivie d'un accouchement à terme.

3 mois après l'accouchement, rechute de la chorée.

1958 : 2ème grossesse

Oedème pulmonaire à répétition pendant la grossesse, une crise pendant le forceps qui termine l'accouchement.

Trois mois plus tard, hémiplégie gauche régressive.

Octobre 1958 : Commissurotomie (Marie Lannelongue)

Suites opératoires longues, garde une grosse insuffisance mitrale.

1960 : Grossesse de deux mois.

Interruption thérapeutique pour échec de la commissurotomie par petite césarienne + stérilisation.

-:-:-:-:-

CARDIOPATHIES VALVULAIRES COMPLEXES

=====

OBSERVATION N° 5

Madame B 24 ans. 1960 - Pinard.

Cardiopathie rhumatismale

Insuffisance mitrale + insuffisance aortique

En 1955 : hémiplégie droite

En 1957 : grossesse bien tolérée suivie d'un accouchement à terme.

En 1959 : avortement spontané.

En 1960 : nouvelle poussée de R.A.A.

Au début de sa troisième grossesse :

- Interruption thérapeutique par petite césarienne + stérilisation.

OBSERVATION N° 6

Madame M 34 ans. 1960 - Boucicaut.

A 19 ans, rhumatisme articulaire aigu, suivi de l'apparition :

d'une maladie mitrale,

+ insuffisance aortique,

arythmie complète.

En 1958 : Accouchement par forceps d'une fille de 3.480 gr.

La grossesse a été mal tolérée : dyspnée d'effort, au début, puis dyspnée de décubitus.

- oedème pulmonaire subaigu
- aggravation de l'insuffisance cardiaque.

1960 : Grossesse actuelle ; apparition dès le début d'une dyspnée de décubitus.

L'arythmie complète persiste évidemment.

Très gros coeur.

- Interruption au terme de 2 mois 1/2 par voie basse.

Stérilisation ultérieure.

Suites satisfaisantes.

OBSERVATION N° 7

Madame C..... 30 ans. 1960 - Boucicaut.

Rhumatisme articulaire aigu à 16 ans.

Suivi de l'apparition d'une insuffisance aortique
d'une maladie mitrale

et de troubles de conduction auriculo-ventriculaire.

1958 : Accouchement à terme d'un enfant mort né (de cause inconnue) après une grossesse banale.

1959 : Accouchement par forceps d'une fille vivante. Au cours de cette grossesse : aggravation de l'hypertrophie du coeur gauche.

1960 : 3ème grossesse.

Début de grossesse mal toléré : Dyspnée de décubitus - grosse hypertrophie gauche - arythmie complète.

Interruption au terme de 3 mois, par petite césarienne + stérilisation.

Suites normales.

OBSERVATION N° 8

Madame B 38 ans. 1961 - Pinard.

A 11 ans : rhumatisme articulaire aigu,
suivi de l'apparition d'une maladie mitrale.

Nouvelles crises de rhumatisme articulaire aigu à 16 ans, 21,
22 ans.

- Deux grossesses normales.

A 25 ans : 1 an après la seconde crise rhumatismale avec péricardite.

En 1951 : Troisième grossesse : mal tolérée.

Dyspnée de décubitus

Oedèmes des membres inférieurs

Hépatomégalie

Troubles du rythme : tachyarythmie

Accouchement normal.

1961 : Quatrième grossesse.

Il n'existe au début de cette grossesse qu'une tachyarythmie.

L'interruption thérapeutique est ici réalisée au terme de six semaines par voie basse.

Suites normales.

OBSERVATION N° 9

Madame F 27 ans. 1961 - Boucicaut.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 12 ans.

Suivi de l'apparition d'une maladie mitrale
insuffisance aortique
insuffisance tricuspidiennne.

Août 1959 : Accouchement à terme par forceps.

La grossesse est mal tolérée :

arythmie complète

hypertrophie cardiaque globale.

Octobre 61 : Deuxième grossesse

Mal tolérée : - dyspnée de décubitus

- arythmie

- signes fonctionnels pulmonaires.

- Interruption par voie basse au terme de 4 mois ,
suivie de stérilisation.

Suites satisfaisantes : disparition de la dyspnée de décubitus.

Il persiste une dyspnée d'effort modérée.

OBSERVATION N° 10

Madame B 40 ans. 1962 - Boucicaut.

Rhumatisme articulaire aigu à 16 ans.

Découverte par la suite d'une maladie mitrale.

1946 : Grossesse bien tolérée

1954 : Endocardite d'Osler.

1962 : Nouvelle grossesse :

Après 1 mois de grossesse : insuffisance ventriculaire droite
majeure avec arythmie.

Interruption au terme de 3 mois 1/2 par voie basse.

Amélioration des signes fonctionnels.

Si l'on exclut les deux premières observations. Nous avons donc :

- 1 rétrécissement mitral décompensé (N° 3)
- 6 cardiopathies valvulaires complexes

survenues chez des multipares ayant présenté, sauf une (N° 8) une aggravation nette de tous les symptômes en début de grossesse, mal contrôlée par le traitement médical.

-:-:-:-:-

CARDIOPATHIES CONGENITALES

=====

OBSERVATION N° 11

Madame M 23 ans. 1951 - Pinard.

est porteuse d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire + communication inter-auriculaire.

Sa première grossesse est fort mal tolérée :

- Hémoptysies à répétition
- Epistaxis
- Dyspnée de décubitus
- Cyanose des extrémités.

Interruption au terme de 3 mois.

Sous anesthésie locale par hystérotomie + ligature de trompes.

Suites opératoires : Infarctus pulmonaire au 10ème jour - Décès au 20ème jour.

OBSERVATION N° 12

Madame D 30 ans. 1957 - Pinard.

est porteuse d'une tétrade de Fallot.

Antécédents :

1946 : Accouchement au terme de six mois
 enfant décédé à 3 jours.

1948 : Accouchement à 8 mois : fille de 1800 gr.
vivante - bien portante.

1949 : Accouchement à 8 mois
Garçon de 2000 grs décédé à 4 mois.

1951 : Fausse couche spontanée

1952 : Accouchement à 8 mois : garçon 1800 gr. décédé à 17 jours.

Donc : Six grossesses, 1 enfant vivant.

La malade présente au début de sa 7ème grossesse, une dyspnée d'effort, une cyanose des extrémités. L'interruption est décidée au terme de 3 mois, sans stérilisation, car une intervention chirurgicale est envisagée ultérieurement.

Il s'agit donc ici d'une interruption "prophylactique" qui permettra une intervention sur un coeur en état relativement bon.

OBSERVATION N° 13

Madame C 21 ans. 1959 - Boucicaut.
est porteuse d'un rétrécissement aortique congénital entraînant une insuffisance ventriculaire gauche.

En novembre 59 : alors qu'une intervention sur son rétrécissement aortique devait être pratiquée, on constate une grossesse de deux mois. On sursoit à l'intervention.

Aggravation rapide de l'hypertrophie gauche - dyspnée de décubitus.

Interruption par voie basse au terme de 3 mois.

En janvier 1960 : résection de la sténose aortique.

En mars 1961 : la malade a accouché normalement.

Donc ici encore, interruption "prophylactique" pour réserver les possibilités chirurgicales.

-:-:-:-:-

AFFECTIONS VASCULAIRES

=====

Nous avons classé ici l'observation n° 14 qui concerne un anévrysme disséquant de l'aorte.

OBSERVATION N° 14

Madame J 35 ans. 1960 - Boucicaut.
a accouché normalement en 1946 - 1948 - 1953.

En 1958 : consulte à l'occasion d'une vive douleur thoracique.

On découvre alors :

- Un anévrysme disséquant de l'aorte englobant aorte ascendante, crosse, aorte thoracique descendante.
- Les symptômes radiologiques sont aggravés de 1958 à 1960.
- L'affection est inopérable.

1960 : Grossesse de deux mois.

Interruption thérapeutique par voie basse pour "risque" de rupture par augmentation de la pression intra-cavitaire en raison de l'augmentation de débit cardiaque de la grossesse.

- Suites opératoires normales.

-:-:-:-:-:-:-

II - INDICATIONS DE L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE DEVANT L'ASSOCIATION

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET GROSSESSE

C'est ici que les conquêtes des thérapeutiques médicales et chirurgicales se sont traduites de la façon la plus spectaculaire :

D'une statistique de JEFFCOATE, on peut extraire ces chiffres significatifs :

- entre 1949 et 1953, 31 avortements thérapeutiques, dont 10 pour tuberculose pulmonaire.

- entre 1954 et 1959, 32 avortements thérapeutiques, dont 1 pour séquelles à type d'insuffisance respiratoire d'un pneumothorax thérapeutique. Cette proportion de 10 à 1 se retrouve dans toutes les statistiques récentes.

Dans la statistique de MAJURY portant sur les années 1953 à 1959, sur 77 avortements thérapeutiques, il n'y a aucune interruption pour tuberculose.

On peut distinguer dans l'évolution du problème trois étapes successives :

1 - En 1922, à la suite des débats à l'Académie de Médecine et à la Société d'Obstétrique, BAR et SERGENT, puis BRINDEAU, reconnaissent des indications à l'avortement thérapeutique dans la tuberculose évolutive, admettant : d'une part, que la grossesse aggrave nettement les lésions évolutives ; d'autre part, qu'il existe dans le post-partum une "flambée évolutive" catastrophique (statistique de LACOMME, 1926 : 105 malades suivies

durant l'année qui a suivi les accouchements : 42 décès), et que l'avortement thérapeutique suffisamment précoce est seul opposable à la tuberculose évolutive.

2 - 2ème étape : en 1934, les travaux de BRINDEAU, et Madame KOURILSKY, permettent de démontrer que :

- la collapsothérapie permet de lutter efficacement contre la tuberculose pendant la grossesse.
- les lésions cicatricielles et fixées ne sont pas influencées par la grossesse.
- les lésions récemment stabilisées pourront présenter une poussée évolutive à l'occasion de la grossesse.
- les lésions évolutives sont toujours aggravées.

La grossesse influence fâcheusement ces lésions durant les premiers mois et dans le post-partum.

Ces principes ont servi de base à la discussion des indications de l'interruption jusqu'à l'apparition de thérapeutiques actuelles et ont déjà permis de faire diminuer le nombre des avortements pour tuberculose.

3 - 3ème étape : Les antibiotiques anti-tuberculeux,
La chimiothérapie anti-tuberculeuse,
La chirurgie thoracique,
Les examens médico-sociaux,
ont amené la quasi disparition de l'avortement pour tuberculose pulmonaire.

En effet, la bonne organisation des examens de dépistage systématique : examens d'embauche,
prénuptiaux,
prénataux,
permet de découvrir des lésions jeunes, très sensibles au traitement.

L'apparition, en 1948, de la streptomycinothérapie, puis de l'acide paraminosalicylique et de l'isoniazide, a permis de codifier le traitement médical de la tuberculose pulmonaire avec pour les lésions récentes un succès complet, pour les lésions anciennes, une amélioration considérable des signes cliniques et radiologiques, permettant d'envisager une intervention d'exérèse chirurgicale.

L'exérèse chirurgicale peut être en effet pratiquée chez la femme non enceinte, mais aussi pendant la grossesse (3 observations de MARMET, et JAUBERT de BEAUJEU).

Certains auteurs français, devant les remarquables résultats de ces thérapeutiques (MORIN, CHERTIER, thèse FELISAZ) ont pu écrire, qu'en matière de tuberculose pulmonaire, l'avortement thérapeutique ne conservait pratiquement plus d'indications.

D'autres auteurs français, tout en reconnaissant la place de plus en plus restreinte qu'il occupait, lui reconnaissaient encore en 1956 quelques indications valables :

MERGER - ISRAEL

DEPIERRE, admettaient :

- l'existence de lésions graves, bilatérales, délabrantes, dans lesquelles il était nécessaire d'obtenir au plus tôt une stabilisation.

- l'aggravation sous traitement de la tuberculose au cours d'une grossesse antérieure.

- l'existence d'un délai insuffisant avant la fin de la grossesse pour permettre d'aborder l'accouchement avec des lésions contrôlées. Mais ces indications, déjà fort controversées en 1956, sont actuellement dépassées.

Les Phtisiologues admettent maintenant que des lésions récentes, non contrôlées lors de l'accouchement, sont encore parfaitement contrôlables en suites de couches. Seule l'existence de lésions bacillifères antibiorésistantes associées à une grosse insuffisance respiratoire, pose encore exceptionnellement, le problème de l'interruption.

LE PROBLEME DES INSUFFISANCES RESPIRATOIRES POST-OPERATOIRES

=====

C'est le type même du problème créé par la thérapeutique qui, bénéfique, dans l'immense majorité des cas, peut parfois amener à discuter des indications nouvelles à l'interruption :

- la thoracoplastie avec exérèse étendue
- la pneumonectomie
- la collapsothérapie bilatérale irréversible, entraînant parfois une insuffisance respiratoire sévère, qui fait craindre l'évolution d'une grossesse avec l'accroissement de l'activité respiratoire qu'elle entraîne.

Rappelons, en effet, que dans la grossesse normale :

- la fréquence respiratoire subit une augmentation de 15 %/o au cours du second trimestre.
- la capacité vitale augmente également de 15 %/o
- le débit respiratoire augmente de 50 %/o
- la consommation d'oxygène augmente de 17 %/o progressivement jusqu'à terme.

Ces quelques chiffres montrent que la grossesse fera subir à l'insuffisance respiratoire une épreuve fonctionnelle sévère et prolongée.

Chez une femme enceinte ayant subi une intervention chirurgicale thoracique importante (thoracoplastie subtotale ayant entraîné la suppression fonctionnelle d'un poumon, voire un déplacement du médiastin. Pneumo-

nectomie - collapsothérapie bilatérale irréversible), on devra pratiquer des épreuves fonctionnelles respiratoires. Il est actuellement admis qu'une insuffisance respiratoire supérieure à 50 ‰, qu'une capacité vitale inférieure à 1,500 l, sont difficilement tolérables pendant la grossesse et le travail.

Les insuffisances respiratoires d'autres origines :

- dilatation des bronches
- cyphoscoliose

sont également justiciables des épreuves fonctionnelles dans un but pronostique.

Dans ce problème de la place de l'interruption dans l'association tuberculeuse et grossesse, on voit donc :

- que les indications sont devenues exceptionnelles :
 - graves lésions bilatérales non curables chirurgicalement, résistantes aux antibiotiques,
 - grandes insuffisances respiratoires post-opératoires,
 - association d'une insuffisance respiratoire et d'une atteinte sévère du côté opposé et, qu'ici encore, chaque cas sera un cas d'espèce où pèseront les arguments médicaux, les arguments sociaux : (grande multipare gardant des séquelles importantes par exemple) que la simple humanité empêche d'écarter totalement.

O B S E R V A T I O N S

=====

OBSERVATION N° 15

Madame B 29 ans. 1954 - Pinard

Tuberculose pulmonaire découverte en 1950.

lésions sus-claviculaires gauches.

Traitée deux ans par les antibiotiques antituberculeux, elle garde une expectoration bacillifère.

En 1953 : Thoracoplastie gauche - six côtes.

Depuis : stabilisation, mais la malade garde une grosse insuffisance respiratoire (qui n'a pas été précisée par épreuves fonctionnelles).

- Antécédents : en 1948 : accouchement banal à terme.

Interruption décidée pour : - insuffisance respiratoire majeure.

Interruption au terme de 3 mois par voie basse.

OBSERVATION N° 16

Madame J 34 ans. 1961 - Pinard.

3 grossesses en 1955 - 1956 - 1957.

2 enfants vivants.

En Avril 58 : Pleurésie tuberculeuse gauche, accompagnée de grosses lésions parenchymateuses.

1960 : Pneumonectomie gauche.

A droite : lésions anciennes stabilisées.

1961 : 4ème grossesse - marquée dès le début par une dyspnée d'effort importante.

Epreuves fonctionnelles :

- Cap. Vitale 1,825 l. soit 63 %.
- Volume expiratoire max. seconde : soit 53 %.
- Ventilation maxima seconde : soit 47 %.

Donc, insuffisance respiratoire sévère chez une tuberculeuse stabilisée de façon précaire.

- Interruption par voie abdominale avec stérilisation.
- Suites normales.

OBSERVATION N° 17

Madame C 27 ans. 1957 - Pinard.

1949 : Découverte d'une tuberculose pulmonaire gauche.

Création d'un pneumothorax gauche.

Septembre 1949 : Pleurésie purulente gauche.

1950 : thoracoplastie gauche de 8 côtes.

1951 : Retour en milieu familial

1953 : Grossesse normale.

1955 : Bilatéralisation des lésions.

Cette malade est bacillifère à plusieurs reprises, notamment lors de la bilatéralisation des lésions.

- Insuffisance respiratoire (non précisée par tests)

1957 : Interruption au terme de 2 mois par voie abdominale pour :

- Tuberculose pulmonaire instable avec rechutes
- + Insuffisance respiratoire.

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

=====

OBSERVATION N° 18

Madame M Thérèse 35 ans. 1957 - Pinard.

A l'âge de 4 ans 1/2, fracture du rachis, suivie d'une consolidation vicieuse avec gibbosité très importante.

Cette gibbosité s'accompagne d'une grosse insuffisance respiratoire.

1ère Grossesse : suivie d'un accouchement normal à terme.

Durant la grossesse : dyspnée importante d'effort.

1955 : 2ème grossesse :

- Dyspnée de décubitus dès le début

- Tachycardie permanente à 100

Pas d'épreuves fonctionnelles respiratoires.

Avortement thérapeutique.

1957 : 3ème grossesse

Avortement thérapeutique + ligature des trompes.

1959 : 4ème grossesse.

Avortement thérapeutique par voie basse.

-:-:-:-:-:-:-:-

III - LES NEPHROPATHIES

=====

Les néphropathies gravidiques vraies du troisième trimestre ne sont évidemment pas à discuter ici.

Nous envisagerons donc le problème posé par les néphropathies organiques.

On doit reconnaître ici que la thérapeutique n'a pas apporté beaucoup de modifications dans ces dernières années au nombre des avortements thérapeutiques pour néphropathie.

Dans l'énorme statistique de TIETZE, en 1951, portant sur 3500 avortements thérapeutiques, le pourcentage d'avortements pour lésions rénales (après exclusion du total, des avortements pour cause psychiatrique) est de 4,3 %.

Dans les statistiques de JEFFCOATE, 1960, 9,5 %.

Dans la statistique de MAJURY, 1961, 5,2 %.

Nous étudierons maintenant successivement chaque affection rénale pouvant poser le problème de l'interruption :

a - Les glomérulo-néphrites chroniques

dans leur forme hypertensive, sont rares : 15 sur 300 observations dans la statistique de MILLIEZ.

Les accidents toxémiques y sont d'une extrême sévérité, d'une grande fréquence, d'une grande précocité.

Au cours du premier trimestre ou au début du second, surviennent :

- une poussée hypertensive
- des oedèmes
- une albuminurie massive
- un accroissement rapide de l'insuffisance rénale, élévation de l'urée sanguine.

Il n'existe, en dehors du régime désodé et hypoprotidique, aucun traitement spécifique.

Les risques maternels sont considérables, le pronostic foetal mauvais, si on laisse évoluer la grossesse (68 ‰ de mortalité foetale : MILLIEZ).

Les arguments importants en faveur de l'interruption thérapeutique seront ici :

- Les signes cliniques : chiffre élevé de la maxima et de la minima, auquel certains attachent une grande importance.

- Les tests rénaux : élévation rapide de l'urée sanguine, avec chute des résultats du Van Slyke.

- Mais aussi l'étude du FOND D'OEIL :

- . passage du stade II (artères sclérosées et sinueuses, avec signe du croisement).
- . au stade III (présence d'hémorragies et d'exsudats rétinien).
- . ou à fortiori fond d'oeil au stade IV : hémorragies + exsudats + oedème papillaire.

- L'augmentation de la tension de l'artère centrale de la rétine est également un argument de valeur.

La glomérulonéphrite chronique hypertensive rapidement aggravée reste l'affection dans laquelle l'indication de l'interruption est reconnue à peu près unanimement. La stérilisation associée sera la règle, les récives aux grossesses ultérieures étant constantes.

b - La néphrite chronique non hypertensive

est beaucoup mieux tolérée. La nécessité d'interruption y est fort rare et ne peut se concevoir que devant une aggravation rapide des tests fonctionnels rénaux.

Les pyélonéphrites chroniques (néphrites ascendantes) entraînent des complications comparables à celles des glomérulonéphrites chroniques. Il importe ici encore de faire la distinction entre :

Formes hypertensives,

Formes non hypertensives.

Les indications à l'interruption y seront basées sur les mêmes critères ; une différence cependant : le problème de la stérilisation, un certain nombre de pyélonéphrites chroniques ont une cause organique favorisante.

L'urographie pendant la grossesse étant à juste titre fort critiquée. Il sera bon d'éviter la stérilisation, de rechercher une telle cause ultérieurement, afin d'y remédier.

c - Les néphroses lipoïdiques.

L'association est fort rare ; le diagnostic assez simple lorsqu'on y pense, grâce à l'étude de l'électrophorèse, la recherche des corps biréfringents dans les urines.

Les néphroses pures sans hypertension, sans néphrite associée, ne posent pas le problème de l'interruption. L'existence d'une néphrite asso-

ciée (néphrose-néphrite de PEHU), d'une hypertension notable, amène à discuter sérieusement l'interruption, le traitement médical étant peu efficace.

en se basant toujours sur :

- tests fonctionnels rénaux,
- fond d'oeil,
- tension artérielle.

d - Anomalies rénales congénitales

Elles se comportent de façon fort variable.

Ici encore, c'est l'existence ou non d'hypertension qui domine la question. L'insuffisance rénale sans hypertension est dans la plupart des cas de bon pronostic.

e - Tuberculose rénale

Ici plus qu'ailleurs encore, on se trouve devant de multiples cas particuliers qu'il est impossible de systématiser.

Le traitement médical ou chirurgical du rein tuberculeux peut être effectué durant la grossesse. Les seuls cas pouvant poser le problème de l'interruption sont les interventions complexes, telles que :

- cystoplastie pour petite vessie tuberculeuse,
- implantation des uretères dans le rectum (COFFEE),
- atteinte sévère d'un rein restant, soit par l'infection tuberculeuse, soit par une pyélonéphrite sévère (si c'est un rein droit).

f - Hypertension artérielle permanente dite essentielle

Ce problème a peu évolué au cours des dernières années.

C'est encore une indication relativement fréquente de l'interruption :

JEFFECOATE, 10 sur 64 avortements,

MAJURY, 10 sur 77 avortements.

Ce sont les hypertensions sévères : T.A. supérieure à 17/10 avec insuffisance rénale et rétinopathie hypertensive qui amèneront à discuter l'interruption.

En effet, malgré le traitement médical : régime désodé strict, repos au lit, sédatifs, hypotenseurs, la maladie vasculaire se décompense fréquemment, réalisant ce que MILLIEZ appelle la "toxémie surajoutée".

Le seul problème avant d'envisager l'interruption, est celui de la possibilité et des chances de succès d'une intervention chirurgicale : sympathectomie de SMITHWICK.

Cependant, les résultats obtenus pendant la grossesse, inférieurs à ceux obtenus chez la femme non enceinte en restreignent beaucoup l'indication.

Donc, l'avortement est à envisager devant une tension maxima supérieure à 17, une insuffisance rénale croissante, un fond d'oeil au stade III ou IV.

Le pronostic foetal, lorsqu'on laisse évoluer la grossesse, est mauvais (mortalité foetale : 50 %, MILLIEZ).

g - L'hypertension paroxystique du phéochromocytome

Association fort rare. GEMMEL a cependant relevé 212 cas de Phéochromocytome et grossesse.

PEELEY, sur 19 cas, relève 8 décès maternels et en conclut que l'interruption thérapeutique est recommandable. Une observation de KEIR relate cependant l'exérèse d'un phéochromocytome au troisième mois d'une grossesse, qui fut suivi d'un accouchement à terme.

-:-:-:-:-:-:-

O B S E R V A T I O N S
=====

OBSERVATION N° 19

Madame L 35 ans. 1956 - Pinard.

est porteuse d'une néphrite chronique azotémique et hypertensive.

1950 : 1ère grossesse normale.

1951 : 2ème grossesse - albuminurie 0,20 à 1 gr

T.A. 11/7

1952 : 3ème grossesse - albuminurie T.A. normale.

1954 : 4ème grossesse - albuminurie 10 gr. - T.A. 27/10

- éclampsie à 6 mois 1/2

- accouchement par voie basse au ermede 7 mois.

Après la grossesse persiste une T.A. à 22/12, une albuminurie de 0,50 à 1 gr.

1956 : 5ème grossesse - T.A. 25/12 - Albuminurie 1 gr.

Fond d'oeil : Pression artérielle rétinienne 80 mmHg.

Papille congestive - artères étroites,
irrégulières.

Quelques hémorragies en flammèches.

Avortement thérapeutique par hystérectomie

ligature des trompes

Suites normales.

OBSERVATION N° 20

Madame R 24 ans. 1954 - Pinard.

1947 : Phlegmon périnéphrétique traité par sulfamides
Anurie transitoire.

1949, 1950 : Grossesses normales suivies d'accouchement d'enfants vivants.

1952 - 3ème grossesse.

T.A. 20/10

Albuminurie

Crise d'éclampsie à 8 mois - T.A. Mx 30

- amaurose transitoire

Accouchement par césarienne d'une fille vivante

4 crises d'éclampsie en suites de couches

1954 : 4ème grossesse : au 3ème mois

T.A. 22/14 - urée sanguine normale

Albuminurie

Fond d'oeil : artères grêles dont une est
thrombosée.

Interruption au terme de 3 mois

Hystérotomie-ligature des trompes.

OBSERVATION N° 21

Madame M 34 ans. 1955 - Pinard.

Découverte en 1951 d'une hypertension artérielle maxima 24.

3 accouchements normaux en 1942 - 46 - 48.

1955 : 4ème grossesse - T.A. 18/12

Bilan rénal : - urée 1,85 gr.

Van Slyke 11 ‰

P.S.P. 5 ‰

Fond d'oeil : exsudats de la région maculaire à droite.

Interruption au terme de 4 mois par voie basse.

Suites normales : amélioration du fond d'oeil et des tests fonctionnels rénaux.

-:-:-:-:-

IV - LES HEMOPATHIES

=====

Nous étudierons ici les problèmes posés par :

- la maladie de Hodgkin
- les leucoses.

a - Maladie de Hodgkin

Les indications à l'interruption sont ici discutées.

La théorie classique de l'aggravation pendant la grossesse est mise en doute par un certain nombre d'auteurs.

Les bénéfices retirés de l'interruption sont discutés.

La fréquence de l'association a augmenté en raison des meilleurs traitements médicaux et radiothérapiques, qui, permettant des périodes de rémission plus longues, ont permis plus facilement la fécondation.

Les cas publiés sont cependant rares.

GILBERT, en 1952, 118 cas dans la littérature :

12 avortements thérapeutiques.

MYLES, en 1955, 218.

1 - Lorsque la maladie est en période de rémission franche

La plupart des auteurs admettent que la grossesse n'entraîne aucune modification du cours de la maladie.

PAPILLON et CHAVANNE, 21 associations de cet ordre : 2 aggravations légères en suites de couches.

Pour 13 cas, survie moyenne de 9 ans.

Il n'y a donc ici aucune indication à l'interruption.

2 - En période de poussée évolutive

C'est ici que l'interprétation des faits est la plus délicate.

La grossesse semble être un facteur d'aggravation certain.

PAPILLON et CHAVANNE : 150 observations

11 aggravations,

aggravations faites de récidives ganglionnaires.

Pour GILBERT, ces formes ne sont pas une indication à l'avortement, car :

- il n'empêchera nullement l'évolution de la maladie,

- il est possible de traiter la malade durant le dernier trimestre par les rayons X (sauf dans quelques localisations exceptionnelles, inguinales ou paravertébrales).

D'autres auteurs, BLITZ, GEMMEL, sont résolument partisans de l'interruption de la grossesse.

- L'impossibilité de traitement par les antimétaboliques (ceux-ci étant responsables de malformations foetales).

- Les dangers de la radiothérapie,

- Le risque pour eux très net d'aggravation,

- La possibilité après l'interruption d'utiliser toutes les thérapeutiques,

sont des arguments de valeur.

La lymphogranulomatose apparue pendant la grossesse semble de pronostic particulièrement sévère.

2 malades de PAPILLON et CHAVANNE, chez lesquels l'affection avait été découverte au 3ème mois de la grossesse ont présenté, durant la grossesse et les suites de couches, plusieurs reprises aiguës sans rémission franche ; la durée de survie a été de 18 mois.

Les partisans de l'interruption admettent que celle-ci se discutera essentiellement devant :

- une maladie de Hodgkin diagnostiquée au cours du premier trimestre de la grossesse,
- une grossesse survenant au cours d'une poussée aiguë, car dans ces deux cas la grossesse rend impossible le traitement.
- une grossesse chez une multipare ayant présenté une poussée aiguë lors d'une grossesse précédente.

Cette opinion est actuellement fort discutée.

b - Leucémies, Leucoses aiguës

Le problème est ici voisin du précédent :

- L'association est rare ; certaines formes n'apparaissant qu'après la ménopause (leucémie lymphoïde).
- La leucose cependant est toujours découverte pendant la grossesse.

MICHON et DORNIER en ont relevé 57 cas mondiaux et en tirent les conclusions suivantes :

- aucune aggravation due à la grossesse,
- fréquence de l'avortement spontané,
de l'accouchement prématuré (40 % des cas),
- poussée aiguë dans le post-abortion ou le post-partum avec en plus, danger d'hémorragie de la délivrance, mortalité foetale globale : 63 %.

Ils se déclarent résolument contre l'interruption thérapeutique, car l'avortement peut être l'occasion d'une poussée aiguë, il ne permet jamais d'amélioration.

Leucémies chroniques

Ici, comme dans le Hodgkin, la grossesse suit souvent une période de rémission de la maladie.

L'influence de la grossesse est fort controversée.

SHUTS, sur 53 cas, constate que, lorsque la grossesse survient moins d'un an après le début de la leucémie, la survie moyenne est de 16 mois.

La survie moyenne en l'absence de grossesse est de 36 mois.

Pour GILLIN, la grossesse ne modifie pas l'évolution de la leucémie.

Pour MALLARME, aucune aggravation.

De la conviction de chacun découle la conduite à tenir :

Pour SHUTS, l'indication de l'avortement thérapeutique est formelle.

Pour MALLARME et la plupart des autres auteurs, elle n'est pas justifiée.

-:-:-:-:-:-:-

O B S E R V A T I O N S

=====

OBSERVATION N° 22

Madame L 20 ans. 1956 - Pinard.

1954 : découverte d'une maladie de Hodgkin, à forme cervico-médias-
tinale.

Traitée par radiothérapie

- Stabilisation

1956 : Première grossesse

Apparition au terme du 1er mois d'un ganglion sus-clavicu-
laire droit.

Avortement thérapeutique au terme de deux mois 1/2 par voie basse.

Suites inconnues, la malade n'ayant pas répondu aux convocations.

OBSERVATION N° 23

Madame C 29 ans. 1957 - Pinard.

1952 : Grossesse normale

1953 : 9 mois après son accouchement : découverte d'une maladie de
Hodgkin.

- traitée par radiothérapie

- stabilisée depuis.

1957 : Seconde grossesse

Interruption au terme de deux mois 1/2 par voie basse.

OBSERVATION N° 24

Madame C 23 ans. 1958 - Pinard.

1947 : Apparition d'une maladie de Hodgkin à localisation :

- cervicale
 - axillaire
 - médiastinale
- traitée par rayons X.

Plusieurs poussées évolutives ont nécessité de nouvelles cures de 1947 à 1956.

Avril 1958 : Première grossesse

Interruption thérapeutique par voie basse.

Décembre 1958 : Seconde grossesse

Interruption thérapeutique par voie abdominale
suivie de ligature des trompes.

Suites en 1961 : Localisation vertébrale de la maladie entraînant une paraplégie.

OBSERVATION N° 25

Madame C 27 ans. 1959 - Pinard.

En 1956 : découverte d'une adénopathie sus-claviculaire droite. La biopsie individualise une maladie de Hodgkin, celle-ci est alors traitée par :

- antimétaboliques
- cortancyl
- radio-cobalt : rémissions très incomplètes.

1959 : Grossesse de 2 mois ; on note :

- un ganglion sus-claviculaire droit
- un ganglion sous maxillaire gauche
- une rate palpable.

Interruption par voie abdominale et stérilisation.

Suites : Rechute rapide nécessitant de nouvelles séances de radio-cobalt et du Cortancyl.

V - AFFECTIONS DES GLANDES ENDOCRINES

=====

a - Diabète

Le problème de l'interruption thérapeutique en début de grossesse ne se pose, comme nous allons le voir, que dans le cas d'atteinte vasculaire et rénale sévère ou d'association morbide (avec la tuberculose par exemple). Il ne s'est guère modifié ces dernières années.

La statistique de TIETZE, sur 3.592 avortements thérapeutiques, on note 46 pour "diabète", sans précision.

Le diabète avec atteinte rénale sévère :

Il s'agit soit de glomérulonéphrite chronique azotémique, non hypertensive ; l'indication de l'interruption sera jugée uniquement en fonction de ce facteur rénal et on sait que l'indication est rare, relevant seulement de l'aggravation des épreuves fonctionnelles rénales,

soit d'une glomérulosclérose avec hypertension et atteinte sévère du fond d'oeil : syndrome de KIMELSTIEL-WILSON, qui, tout comme la néphrite chronique hypertensive banale, est fort défavorablement influencée par la grossesse.

Ici encore, le chiffre élevé de la tension artérielle, l'altération importante des épreuves fonctionnelles rénales, le fond d'oeil au stade III ou IV, sont les arguments qui emporteront la décision.

Le diabète avec atteinte oculaire sévère :

Il s'agit ici d'une lésion différente de la rétinopathie hypertensive, à caractère dégénératif.

La rétinite diabétique proliférante est grave, car elle menace la vue et s'aggrave inexorablement : elle est bilatérale, faite d'hémorragies ponctuées qui correspondraient à des micro-anévrysmes. Elle peut s'associer à des hémorragies de la vitrée ou à un glaucome hémorragique.

Ces formes très graves sont heureusement rares.

La Commission de l'Académie de Médecine sur l'avortement thérapeutique a, en 1952, reconnu le bien-fondé de l'indication de l'avortement thérapeutique dans les menaces de cécité et souhaité une modification dans ce sens de la loi.

Le diabète associé à la tuberculose pulmonaire :

Ici, chaque cas est un cas particulier ; autant un diabète équilibré, associé à une tuberculose stabilisée soit de bon pronostic, autant un diabète instable associé à une tuberculose bacillifère sous traitement, sont graves et posent sérieusement le problème de l'interruption.

b - Hyperthyroïdie

L'association des grandes hyperthyroïdies à la grossesse est rare.

L'aggravation de ces hyperthyroïdies par la grossesse est fréquente, mais en général modérée, en rapport avec l'activité fonctionnelle accrue de la thyroïde pendant la grossesse, activité maxima au 5ème ou 6ème mois.

La statistique de TIETZE fait état de 89 avortements thérapeutiques pour "exophtalmie goiter".

Il semble qu'actuellement les indications à l'interruption soient exceptionnelles, les antithyroïdiens de synthèse à faible dose, voire la thyroïdectomie pendant la grossesse pratiquée par certains permettant de résoudre le problème de l'aggravation de cette hyperthyroïdie.

-:-:-:-:-

VI - MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

=====

Nous étudierons successivement chacune des affections ayant pu soulever le problème de l'opportunité du maintien de la grossesse. Sur ce sujet, les opinions les plus contradictoires sont émises, comme nous le verrons.

Sclérose en plaques

MAJURY rapporte 6 interruptions pour cette indication, soit 7 %₀, ce qui est énorme.

TIETZE 29, soit 1 %₀.

L'influence de la grossesse sur l'évolution de l'affection est variable.

Pour GOLDBERG : aggravation fréquente, 8 cas sur 9 dans son étude.

Pour SWEENEY et RIVA, aucune influence de la grossesse sur l'évolution de la S.E.P.

La plupart des auteurs actuels sont contre l'interruption de la grossesse, arguant du fait que :

- celle-ci ne fait pas régresser la poussée évolutive s'il y en a une,

- elle n'influence nullement l'évolution de la maladie.

Il est cependant des problèmes qui nous semblent difficiles à trancher de façon aussi catégorique.

Une sclérose en plaque évoluée, avec un syndrome cérébelleux grave et une paraplégie spasmodique, permet-elle la continuation de la grossesse ? C'est là le type même du problème qui, s'il est résolu par la loi, à la satisfaction de la majorité des auteurs, peut quelquefois être lourd à la conscience du médecin.

Epilepsie

L'avortement thérapeutique n'a ici que de très exceptionnelles indications.

En effet, si une aggravation des crises s'observe dans à peu près un tiers des cas, le traitement médical parvient facilement à les juguler.

Il existe cependant une observation de KRATOCH DILL où, au cinquième mois de la grossesse, l'installation d'un véritable état de mal, avec oedème cérébral, nécessita l'interruption de la grossesse.

Tumeurs cérébrales

La grossesse peut la révéler en exagérant ses symptômes.

Le problème posé est, comme pour les diverses tumeurs malignes que nous verrons plus tard :

- Faut-il interrompre la grossesse, puis traiter la tumeur dans de meilleures conditions, grâce à la disparition de l'imbibition gravidique qui favoriserait ici l'oedème cérébral ?

- Faut-il traiter la tumeur en conservant la grossesse ?

Une décision ne pourra être prise qu'en fonction des données médicales et de facteurs personnels :

- antécédents
- âge
- parité
- avis de la malade.

Les séquelles neurologiques des traumatismes :

Paraplégie,

Quadriplégie après section traumatique de la moëlle ne poseraient le problème de l'interruption que sur le plan humanitaire.

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 26

Madame D 23 ans. 1954 - Pinard.

En 1951 : accouchement normal.

1953 : hémiplégie droite avec aphasie, rapidement dégressive.

Etiologie : angiome de la scissure pariéto-rolandique
gauche, inopérable.

1954 : 2ème grossesse.

Durant les deux premiers mois de cette grossesse, plusieurs accès
d'hémi-parésie droite, régressant rapidement.

Interruption au terme de 2 mois 1/2 par voie basse.

Stérilisation ultérieure.

Suites normales.

-:-:-:-:-

VII - AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES =====

L'essor actuel de la psychiatrie devait amener à poser le problème de l'avortement thérapeutique pour affections d'ordre psychiatrique.

C'est un problème aux multiples aspects :

Médicaux d'une part, mais aussi eugéniques et sociaux : Grossesse chez une arriérée mentale, risque d'atteinte héréditaire par exemple. C'est ici, et les lois étrangères reconnaissant ces indications l'ont bien montré, que les possibilités d'abus sont les plus grandes. Certains auteurs ont pu parler, par exemple, d'indications à l'interruption de la grossesse pour "risque d'atteinte psychique chez une femme mentalement saine" telle qu'une femme ayant eu une série de malformés ou de mort-nés.

Il est difficile ici de citer un chiffre valable, les statistiques étrangères étant peu utilisables :

TIETZE : 446 avortements pour affections psychiatriques sur
3592 avortements.

MAJURY : 27 sur 77.

1 - Les névroses

Caractérisées par l'absence de lésion organique, sont fréquentes chez la femme enceinte, sont justiciables de la seule psychothérapie :

- psychasthénie
- névrose d'angoisse

- névrose hystérique
ne justifient jamais l'interruption.

2 - Les psychoses

posent des problèmes plus délicats :

- la malade est inconsciente de son affection,
- la psychothérapie totalement inefficace,
- l'internement souvent nécessaire.

Les traitements pratiqués chez la femme non enceinte ne sont pas possibles ici (chocs insuliniques, électrochocs, pneumothérapie ventriculaire).

a - Les états mélancoliques

avec idées délirantes, sentiment de culpabilité, auto-accusation, s'accompagnent d'un risque de suicide au cours d'une phase dépressive aiguë. Ce problème entre donc paradoxalement dans le cadre légal : la vie de la mère est menacée. Sur le plan pratique, il est difficile d'accepter une interruption pour ce motif, le chantage au suicide risquant de devenir un moyen simple de faire interrompre une grossesse non désirée.

b - Les démences précoces, la schizophrénie

ne peuvent être légalement interrompues ; elles posent en effet le problème sous une forme sociale :

- Quel sera l'avenir de cet enfant dont la mère est hors d'état d'assurer ses devoirs. Ce sont des mesures préventives et non l'avortement thérapeutique qui devront apporter une solution (le meilleur traitement serait prophylactique et consisterait par exemple en la diffusion des méthodes anti-conceptionnelles). On ne peut malheureusement en espérer chez de telles malades l'utilisation rationnelle.

Elles pourraient aussi poser le problème sous une forme eugénique par "risque" de transmission héréditaire.

Or ce risque est fort imprécis, il est quasi impossible de pratiquer un examen psychiatrique valable des enfants précédents s'il y en a.

c - Les manies aiguës

Présentent souvent à leur début une forme érotomaniacale ; certains psychiatres ont posé le problème de l'interruption éventuelle d'une grossesse survenant à la suite d'une telle phase érotique, chez une femme mariée, mère de famille, qui a pu, au cours de cet accès, se livrer à des inconnus.

Ce point de vue ne peut guère être adopté.

3 - Les problèmes humanitaires

Il en existe essentiellement deux :

- l'inceste
- le viol.

Si les arguments des psychiatres montrant l'avenir très compromis de ces femmes sont importants, les arguments des adversaires ne le sont pas moins :

- Difficulté de prouver la réalité des faits,
- en admettant celle-ci : impossibilité d'interrompre une grossesse qui a toutes chances d'être normale chez une femme saine.

OBSERVATION N° 27

Madame C 39 ans.

1961 - Pinard.

Cette malade est porteuse de malformations des mains et des pieds : absence des 4 derniers doigts de la main et des 3 orteils intermédiaires.

- Malformation héréditaire à caractère dominant
- Les deux premiers enfants sont malformés et présentent des anomalies identiques à celles de la mère.
- Le risque est estimé par les généticiens à 50 %.
- L'avortement thérapeutique demandé par la malade est refusé.
- La malade est alors hospitalisée dans un service de psychiatrie pour syndrome dépressif avec menace de suicide.

Le traitement psychiatrique n'est suivi d'aucun résultat.

Devant le danger de suicide estimé considérable par les psychiatres, l'avortement est accepté.

- Interruption par voie haute au terme de trois mois.
Ligature des trompes.
- L'examen du fœtus ne montre pas d'anomalie.

-:-:-:-:-:-:-:-

VIII - AFFECTIONS DIGESTIVES

=====

La seule affection pouvant ici nécessiter parfois l'interruption, en dehors des tumeurs malignes, que nous verrons à part, paraît bien être :

- la colite ulcéreuse

Les problèmes posés par l'association sont de connaissance relativement récente.

En 1931 : BARNES et HAYS rapportent trois cas mortels :

- 1 avortement spontané à 4 mois, suivi de décès,
- 2 décès dans les suites de couches immédiates.

Les travaux les plus récents sont ceux de :

FELSEN et WOLARSKY, en 1948
ABRAMSON, en 1951.

Quelle est l'influence de la grossesse sur la colite ulcéreuse ?

Pour FELSEN et WOLARSKY, rapportant 50 grossesses chez 34 malades, une amélioration se produirait dans 58 % des cas. Une aggravation passagère dans 30 % des cas.

ABRAMSON, beaucoup plus pessimiste, classe les colites en 4 groupes :

1 - Colites stabilisées au début de la grossesse, dans lesquelles aucune aggravation ne se produit.

2 - Colites en évolution au début de la grossesse, qui sont toujours aggravées. 17 cas, 17 aggravations, 5 avortements thérapeutiques.

2 des 12 autres sont mortes 8 et 20 mois après leur accouchement.

3 - Colites ulcéreuses ayant débuté pendant la grossesse

5 cas : 4 décès.

2 après l'accouchement (12 jours et 5 mois après)

2 après avortement spontané (11 jours et 2 mois après).

3 décès sont dus à une péritonite aiguë par perforation,

1 à 1 bronchopneumonie avec oedème pulmonaire.

4 - Le 4ème groupe concerne les colites apparues en suites de couches, qui sont également catastrophiques.

L'auteur conclut en écrivant que l'avortement thérapeutique est recommandable dans les cas où la colite est en évolution aiguë au début de la grossesse, après une épreuve sérieuse du traitement médical (repos, régime hypercalorique sans résidus, vitamines, extraits hépatiques, transfusions sanguines, sulfamides, voire traitement psychiatrique).

Dans le cas où l'avortement thérapeutique a été pratiqué, l'amélioration a été rapide et durable.

Les cas où la maladie ulcéreuse a débuté pendant la grossesse ne sont pas justiciables de l'avortement qui ne fera qu'ajouter aux graves désordres de l'évolution suraiguë de la maladie.

-:-:-:-:-

IX - LES TUMEURS MALIGNES

=====

Nous étudierons successivement :

Cancer du col de l'utérus

Cancer du sein,

qui sont de beaucoup les plus fréquemment associés à la grossesse, puis les associations plus rares.

a - Cancer du col de l'utérus

Si les indications de l'avortement thérapeutique ne se sont guère modifiées ces dernières années, des chiffres alarmants sur la fréquence de l'association ont été apportés par divers auteurs. Les chiffres classiques de 0,1 à 0,6 ‰ seraient très inférieurs à la réalité. HIRST cite des chiffres dix fois supérieurs : 1 à 6 ‰. Mais ces chiffres comportent cancers invasifs et cancers pré-invasifs.

Les dangers de l'association sont connus :

Au cours du premier trimestre de la gestation, l'aggravation est habituelle sous l'influence de l'inondation hormonale gravidique semble-t-il. Les deux derniers trimestres voient une relative stabilisation. Les suites de couches sont souvent l'occasion d'une reprise évolutive.

L'attitude actuelle des auteurs français est la suivante :

Dans le cancer invasif : on jugera en fonction :

- du terme de la grossesse,
- du degré d'extension du cancer.

Au cours des 4 premiers mois

S'il s'agit d'un cancer au stade I :

- soit Roentgenthérapie, suivie de colpohystérectomie élargie. Celle-ci étant à classer dans les thérapeutiques susceptibles d'entraîner l'interruption de grossesse dont parle la loi comporte les mêmes obligations que l'avortement non accompagné d'hystérectomie.

- soit colpohystérectomie élargie d'emblée. (FUNCK-BRENTANO). Cet auteur reproche à la radiothérapie de tuer l'oeuf, d'où danger d'hémorragie et d'infection, dont un traitement par voie basse aurait des conséquences redoutables.

S'il s'agit d'un cancer plus évolué, mais pouvant bénéficier de la thérapeutique :

On pratique d'abord un avortement thérapeutique par hystérectomie (accompagné de l'ablation des annexes), puis on traite le cancer par curiethérapie et roentgenthérapie.

S'il s'agit d'un cancer très évolué, les opinions divergent : certains adoptent la même attitude que pour les stades II et III ; d'autres auteurs refusent l'interruption thérapeutique, les chances de guérison étant dans tous les cas très faibles pour la malade.

C'est ici que doivent intervenir plusieurs arguments :

- âge et parité de la malade,
- valeur physiologique et familiale de l'enfant attendu, enfin dans un problème aussi grave, l'avis de la famille sera sollicité.

Entre le 4ème et le 6ème mois

L'avortement thérapeutique ne nous paraît pas justifié, car les deux derniers trimestres sont une période de relative stabilisation du can-

cer qui permet d'attendre le délai nécessaire pour extraire par césarienne un foetus viable au début du 9ème mois.

Le cancer intra-épithélial pose un problème délicat.

En effet, on sait qu'en dehors de la zone de cancer intra-épithélial peut exister une zone de cancer invasif. Or, la biopsie très large ou la ionisation du col sont évidemment impossibles, car elles entraînent de gros risques d'hémorragie ou d'interruption. MERGER, LACOMME et la plupart des autres auteurs français pensent que dans le cancer pré-invasif, l'hystérectomie n'est pas indiquée, la surveillance pendant la grossesse, nécessaire pour déceler à temps la possibilité d'apparition d'un cancer invasif, est suffisante.

b - Cancer du sein

On doit distinguer ici deux catégories d'association :

- cancer du sein découvert pendant la grossesse,
- grossesse chez une femme opérée d'un cancer du sein.

Cancer découvert pendant la grossesse

Les travaux de PERROTIN, d'AIMES et MIRAMAND insistent sur la rareté de l'association (8 % des cancers du sein).

Les dangers de l'association sont très variables :

- aggravation dans la moitié des cas pour AIME et MIRAMAND,
- évolution imprévisible pour PERROTIN,
- aggravation dans 80 % des cas pour LASKI.

Presque tous sont d'accord pour condamner l'interruption thérapeutique, inutile et même dangereuse : ils estiment que l'on doit agir comme en dehors de la grossesse ; certains pratiquent même la roentgenthérapie au cours du dernier trimestre de la gestation, en complément de l'intervention chirurgicale.

LASKI, par contre, adopte la conduite suivante : si la grossesse est jeune : traiter le cancer puis avorter et stériliser. Si la grossesse est avancée : césarienne, castration, puis traitement du cancer. Sa statistique ne montre pas une indifférence considérable entre la survie des cas où la grossesse a été interrompue et ceux où le sein a été traité seul.

DUREE DE SURVIE	Moins de 1 an	1 à 5 ans	+ de 5 ans
Traitement du sein seul	3	7	6
Traitement + interruption de grossesse	1	9	7

- d'après LASKI

Grossesse chez une femme opérée d'un cancer du sein

Deux opinions contradictoires ont été exprimées :

- Certains, avec THOMPSON, estiment que le maintien de la grossesse est parfaitement acceptable. Celui-ci cite deux observations de grossesses survenues chez des femmes opérées auparavant de cancer du sein, grossesses qui sont allées à terme sans récurrence du cancer.

- D'autres : JEFFCOATE, UEBERMUTH, estiment que les risques de récurrence sont très grands pendant la grossesse et que l'interruption thérapeutique est nécessaire. Lorsqu'on admet cette hypothèse, on s'oriente vers un avortement prophylactique, le risque étant fort difficile à évaluer.

LASKI cite, sur 23 cas de grossesse chez des femmes opérées pour cancer du sein, quinze récurrences :

- 7 pendant la grossesse,
- 5 après accouchement,
- 2 après avortement thérapeutique.

PERROTIN cite quatre observations : trois d'ODERMATT et une du Professeur MOULONGUET : l'avortement thérapeutique fut pratiqué dans les quatre cas ; deux des malades moururent moins d'un an plus tard.

Nous avons pu recueillir deux observations dans lesquelles l'avortement fut pratiqué.

Ici encore, le problème est difficile à trancher et c'est peut-être la prophylaxie par la castration, prophylaxie de la grossesse, et thérapeutique du cancer, qui est à recommander.

En effet, l'avortement thérapeutique a des résultats très inconsistants, améliorant certaines malades, n'empêchant nullement l'évolution fatale chez les autres du fait de l'évolutivité du processus tumoral.

c - Cancer du rectum

L'interruption se discute devant l'existence de lésions curables chirurgicalement lorsque la présence de l'utérus gravide est une gêne à l'intervention ; c'est donc au cours du second trimestre (entre la 20ème et la 27ème semaine très précisément pour Mac LEAN et ARMINSKI) que l'on devra pratiquer cette interruption par hystérectomie ; plus tôt, le respect de l'utérus gravide est toujours possible ; plus tard, il est bon d'attendre la période de viabilité foetale.

d - Cancer opéré avec anus iliaque

Il ne pose pas de problème mécanique lors de l'accouchement, la discussion de l'interruption est la même que pour les autres cancers opérés : le risque de métastase justifie-t-il ou non l'avortement ? Celui-ci pourra-t-il toujours éviter l'apparition de ces métastases ?

Une solution prophylactique par stérilisation est parfois souhaitable.

Le problème des tumeurs malignes est donc pratiquement toujours le même, sauf évidemment pour le cancer du col.

Tumeur apparue au cours de la grossesse

La grossesse aggrave-t-elle l'évolution du cancer ? Cela est certain, surtout dans les premiers mois.

L'avortement thérapeutique permettra-t-il d'en freiner l'évolution ? C'est peu probable.

Grossesse chez une femme opérée auparavant d'un cancer

Le risque de récurrence chez une femme stabilisée justifie-t-il l'avortement ? L'interruption de grossesse n'empêche nullement les récurrences dues à l'évolutivité propre du processus tumoral, c'est pourquoi toutes les statistiques sont sujettes à caution. L'attitude adoptée sera toujours critiquable, y compris la stérilisation prophylactique dont le caractère définitif s'il n'est pas dramatique chez la multipare âgée, est inacceptable chez la femme jeune. Peut-on refuser à cette dernière si elle désire des grossesses, d'en tenter l'épreuve alors que la gestation se déroule souvent sans incident.

-:-:-:-:-

O B S E R V A T I O N S

=====

OBSERVATION N° 28

Madame M 30 ans. 1956 - Pinard.

1946 : accouchement normal

1953 : accouchement normal.

1954 : découverte d'une tumeur maligne du sein gauche traitée
par mastectomie élargie + radiothérapie.

1956 : troisième grossesse

Récidive locale au premier mois.

Interruption au terme de 3 mois par Hystérotomie + Castration.

OBSERVATION N° 29

Madame D 26 ans. 1959 - Boucicaut.

1950 : Accouchement normal

1958 : Découverte d'une tumeur maligne du sein droit.

Traitement : Mastectomie élargie + Radiothérapie.

La malade refuse la castration.

Juillet 1959 : Seconde grossesse.

Pas de récidive locale ou à distance en début de grossesse. Au
terme de 2 mois 1/2 : Hystérectomie subtotale + Ablation des annexes.

OBSERVATION N° 30

Madame A 41 ans. 1961 - Pinard.

Epithélioma du sein gauche découvert au troisième mois d'une huitième grossesse.

Envahissement des ganglions axillaires.

La biopsie confirme la malignité.

Il n'y a pas d'extension à distance du cancer.

Au terme de 4 mois hystérectomie totale avec castration bilatérale.

Le traitement du sein est entrepris secondairement.

OBSERVATION N° 31

Madame A 35 ans. 1960 - Pinard.

2ème geste.

En 1957 : Intervention chirurgicale pour réticulo-sarcome de la hanche.

- Le traitement médical par les antimétaboliques est utilisé sans interruption depuis.

1960 : deuxième grossesse.

Interruption au terme de deux mois par voie basse.

--:--:--:--:--:--

X - LES MALADIES DE L'OEIL =====

Sont à envisager dans le cadre de l'interruption de grossesse :

- la rétinopathie gravidique,
- les atteintes du nerf optique :
 - névrite optique,
 - atrophie optique.

La rétinopathie gravidique

Les manifestations oculaires de la maladie gravidique tardive ne sont pas à discuter ici.

Nous étudierons seulement la rétinopathie gravidique chez la femme atteinte d'une lésion rénale ou d'une hypertension artérielle permanente, que la grossesse révèle ou aggrave : la rétinopathie diabétique a été étudiée avec cette affection.

Dans ces deux cas, l'atteinte rétinienne est le témoin d'une maladie vasculaire généralisée. Elle est un important élément de pronostic.

Dans une première période, on note des troubles vaso-moteurs sans véritables lésions rétiniennes (Stades I et II).

Les éléments les plus importants sont fournis par la pression artérielle rétinienne minima qui dépasse 60 mm Hg.

Le rapport de BAILLART :

Pression minima rétinienne
Pression minima humérale

supérieur à 0,45.

Ce premier stade n'est pas en lui-même une indication à l'interruption. Ce sont les autres éléments, déjà vus lors de l'étude de l'hypertension et des néphropathies, qui jugeront.

La seconde période est caractérisée par l'existence de lésions ischémiques du tissu rétinien :

- hémorragies,
- exsudats,
- oedème de la papille,

l'absence ou l'existence de ce dernier signe différenciant stade III et IV du fond d'oeil.

La pression artérielle rétinienne est souvent supérieure à 100, le rapport de BAILLART très élevé : 0,8 et plus.

Ces formes comportent un risque de cécité par décollement rétinien, obstruction de l'artère centrale de la rétine, ischémie de la zone maculaire.

Elles sont le témoin d'un risque vital par accidents paroxystiques de la maladie gravidique.

Les statistiques de ROCHON DUVIGNAUD donnait les chiffres suivants :

Grossesse <u>arrivant à terme</u>	mort 15 % cécité 20 %
Interruption <u>spontanée</u>	mort 12 % cécité 6 %
Interruption <u>provoquée</u>	mort 4 % cécité 6 %

Ces chiffres anciens ont certes perdu de leur intérêt.

Cependant, l'aggravation nette des altérations du fond d'oeil en début de grossesse chez une femme porteuse d'une lésion rénale organique

ou d'une hypertension artérielle permanente, nous paraît être l'argument majeur de l'interruption thérapeutique de la grossesse.

La névrite optique rétrobulbaire gravidique

Elle ne pose que rarement le problème de l'avortement, en raison de son apparition tardive (en général, 2ème moitié de la grossesse). Elle se caractérise par la baisse rapide de l'acuité visuelle et l'existence d'un scotome central à l'examen campimétrique.

L'atrophie optique peut être la conséquence de la rétinopathie gravidique ou de la névrite optique dont elle constitue la complication terminale.

L'indication de l'interruption de grossesse y est reconnue légitime, par beaucoup, étant la seule chance de conserver quelques dixièmes d'acuité visuelle à la malade.

Rappelons qu'en 1952, la Commission sur l'Avortement thérapeutique de l'Académie de Médecine a souhaité une modification de la loi dans le but d'autoriser l'avortement dans ces cas de menace de cécité définitive.

-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 32

Madame M 36 ans. 1953 - Pinard.

1950 : 1ère grossesse.

Au 4ème mois, décollement de la rétine gauche opéré après
l'accouchement.

1951 : Menace de décollement à droite.

Intervention en 1952.

Janvier 1953 : Seconde grossesse - accouchement à terme.

1953 : 3ème grossesse.

Fond d'oeil : à droite cataracte + Iritis

à gauche cataracte empêchant absolument de
voir le fond d'oeil.

- Interruption au terme de 4 mois :

petite césarienne + ligature.

-:-:-:-:-

XI - AFFECTIONS OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

=====

Une seule affection a pu amener certains à demander l'interruption thérapeutique :

l'otospongiose

Cette affection survenant à peu près exclusivement chez la femme, est caractérisée par une surdité progressive bilatérale, due à une dystrophie de la capsule osseuse du labyrinthe. Il existe d'autre part une prédisposition héréditaire : on retrouve une otospongiose chez les ascendants dans 30 % des cas.

Influence de la grossesse sur l'otospongiose :

Ici encore, de nombreuses opinions divergentes :

BARTON, 50 % d'aggravations pendant la grossesse, sur 133 cas,
GIRAUD : une ou plusieurs grossesses successives aggravent presque toujours l'évolution de la surdité.

Les éléments de pronostic sont basés sur l'étude des antécédents : âge, parité, évolution antérieure de l'affection, étude des courbes de l'audiogramme, sur la possibilité d'intervention chirurgicale par fenestration ou d'appareillage.

Peut-il donc exister ici une indication à l'interruption de grossesse ?

L'Académie de Médecine en 1952, a refusé de discuter ce motif, contrairement aux menaces de cécité. Il semble en effet que l'aggravation soit

loin d'être une règle absolue, que les aggravations si elles existent, soient améliorées après l'accouchement.

Dans les formes sévères et inopérables de l'otospongiose, chez la multipare âgée, le problème est cependant angoissant et des mesures prophylactiques pourraient peut-être s'y discuter.

-:-:-:-:-

LES INDICATIONS DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE AU COURS
=====

DES AFFECTIONS PUREMENT GRAVIDIQUES
=====

Une catégorie en était autrefois florissante :

- les vomissements graves.

Les difficultés de la réanimation médicale, l'absence des sympatholytiques, des antihistaminiques, amenaient parfois la malade au stade d'hépatonéphrite avec acidose grave et de polynévrite par carence.

L'interruption thérapeutique amenait alors une amélioration spectaculaire ; elle répondait parfaitement aux termes de la loi : "la vie de la mère ne peut être sauvegardée que par l'intervention".

Actuellement, l'indication à l'interruption est exceptionnelle ; les thérapeutiques du système nerveux, les vitamines, les produits cortico-surrénaux, la rééquilibration hydro-électrolytique, parviennent presque toujours à guérir rapidement la malade.

LACOMME cite seulement un cas au cours de ces 10 dernières années dans son Service.

L'indication à intervenir pourrait être réalisée, selon cet auteur, devant l'association des signes suivants :

- équilibre plasmatique très perturbé, impossible à redresser dans des délais assez courts.

- acétonurie croissante,
- altération grave de la fonction hépatique,
- début d'une polynévrite.

Tous ces signes ne pouvant se rencontrer que dans des formes longtemps négligées ou insuffisamment traitées.

Le placenta praevia

Il peut paraître surprenant de voir cette affection au chapitre des avortements thérapeutiques. Il en existe cependant une observation de PIGEAUD, caractéristique ; nous avons pu avoir connaissance de deux autres cas absolument calqués sur le sien.

Il s'agit en général d'une grossesse de 4 à 5 mois entraînant un état d'anémie impressionnant à la suite d'hémorragies répétées. Les transfusions massives n'entraînent pas d'amélioration, l'hémorragie persistant inchangée ; l'interruption est rendue nécessaire, la vie de la femme étant sérieusement menacée.

Voici l'observation de PIGEAUD :

7ème pare - 28 ans,

Grossesse de 4 mois,

Hémorragies abondantes évoquant la môle,

Numération à l'entrée : 2.100.000 G.R.

Prolans : normaux,

Radiographie : squelette foetal.

Après 15 jours de traitement durant lesquels la malade a reçu six fois 350 gr. de sang, la numération est à 1.900.000.

Interruption par petite césarienne après échec d'une perfusion d'hypophyse.

L'incompatibilité Rhesus foeto-maternelle

L'auteur allemand SCHUBERT insiste sur les dangers pour la mère de l'incompatibilité :

- toxémie gravidique, éclampsie
- danger de fibrinolyse par rétention d'oeuf mort.

Il estime que l'association des trois faits suivants est une indication à l'interruption de grossesse :

- Mari rhésus positif homozygote,
- plusieurs accidents antérieurs avec mort foetale malgré un traitement correct.
- taux élevé des anticorps.

On voit tout de suite les difficultés pratiques du problème.

Comment prouver l'homozygotie du mari ? Il est parfois possible par l'étude des ascendants et des descendants de prouver l'hétérozygotie, mais elle seule ; l'homozygotie n'est qu'une approximation statistique et non une certitude.

La règle de la gravité croissante est habituellement respectée, mais souffre des exceptions.

Le taux des anticorps n'a que peu de signification.

Les réactions dites anamnestiques sont fréquentes : taux d'anticorps considérables avec foetus rh -

On voit donc que cette indication, séduisante au premier abord, en particulier en raison du retentissement psychique désastreux des **mort-nés** à répétition, se heurte à la difficulté pratique de réunir des arguments valables, et n'est donc pas acceptable.

La stérilisation n'est pas à discuter en raison de l'éventualité du remariage avec un individu rhésus - ou rh + hétérozygote.

C'est ici qu'à titre prophylactique les méthodes anti-conceptionnelles devraient trouver une de leurs meilleures indications.

-:-:-:-:-

LE PROBLEME EUGENIQUE

=====

Problème aux multiples aspects, dont font partie essentiellement :

- l'étude du retentissement embryonnaire ou foetal des infections à virus et des parasitoses,
- l'étude des conséquences des irradiations maternelles accidentelles ou thérapeutiques.

Ces deux catégories entrent dans le cadre des dysgénésies acquises.

- l'étude enfin de la transmission des tares héréditaires, formant les dysgénésies héréditaires.

Dans les pays où les indications eugéniques à l'avortement thérapeutique sont légales, l'avortement thérapeutique prend place dans le cadre de l'eugénique destructrice, par opposition aux trois autres eugéniques que distinguait COUVELAIRE : eugénique sélective de la sélection raciale, eugénique restrictive des moyens anti-conceptionnels, eugénique curative du traitement des tares.

Retentissement foetal des maladies infectieuses

Signalons d'abord que nous n'avons pas envisagé l'aspect maternel du problème, car les maladies infectieuses, si elles sont classiquement aggravées par la grossesse, ont largement bénéficié des acquisitions thérapeutiques de ces quinze dernières années, mettent exceptionnellement en danger la vie de la mère et, si cette éventualité se produit, l'avortement thérapeutique serait bien loin d'entraîner une amélioration.

Généralités

La plupart des germes franchissent la barrière placentaire, ainsi que les virus. Certaines toxines la franchiraient également sans que cela ait été prouvé formellement.

L'embryon pourra donc être atteint : soit par infection directe, soit par un mécanisme indirect (altérations placentaire), soit par les toxines.

Les conséquences foetales seront : soit la mort in utéro, soit la dysgénésie, soit l'intégrité absolue.

Le mécanisme tératogène :

Certains, avec GIAN TONDURY, défendent la théorie de l'atteinte non spécifique des organes embryonnaires par les virus. Ceux-ci entraîneraient, par infection directe, des troubles du métabolisme cellulaire avec lyse des cellules touchées.

D'autres défendent la théorie anoxique.

Il n'est pas nécessaire que le virus franchisse la barrière placentaire ; s'il entraîne une anoxie par altération des fonctions placentaires, celle-ci retentira sur les organes qui sont dans leur phase critique d'organogénèse et dont les besoins sont par conséquent les plus grands.

Cette théorie pourrait expliquer l'"horaire embryopathique".

Nous étudierons maintenant les problèmes posés par chacune des principales infections susceptibles d'entraîner une altération embryonnaire ou foetale.

RUBEOLE ET GROSSESSE

Trois points seront envisagés successivement :

- fréquence de l'atteinte rubéolique
- types anatomiques des malformations
- formes inapparentes.

Fréquence de l'atteinte embryonnaire :

C'est l'ophtalmologiste australien GREGG qui, le premier, par une enquête rétrospective, c'est-à-dire par l'interrogatoire à posteriori des mères d'enfants atteints de cataracte, avait abouti à la découverte du rôle de l'infection rubéolique dans la genèse de ces cataractes.

Ce genre d'enquête ne permet pas évidemment de fixer le risque foetal puisqu'on ne peut retrouver les mères ayant présenté l'infection et ayant accouché d'enfants normaux.

L'enquête prospective qui partant de l'ensemble des femmes atteintes de rubéole en cours de grossesse étudie ensuite le nombre de malformés, peut seule évaluer ce risque.

Elle comporte aussi des difficultés :

- ou l'on cherche à obtenir un nombre de cas très important, par exemple en envoyant aux femmes enceintes un questionnaire à remplir pendant la grossesse, un autre en suites de couches (l'enquête de LAMY a été ainsi réalisée) et on risque un certain nombre d'erreurs, le questionnaire étant rempli par la femme,

- ou l'on veut tout observer soi-même, mais le nombre de cas étudiés est obligatoirement restreint. La difficulté de l'enquête explique en partie la considérable divergence des chiffres relevés par les divers auteurs :

GREGG et SWAN, en 1945 et 1946

risque foetal 80 %/o à 100 %/o au cours des deux premiers mois
50 %/o au cours du troisième.

LAMY et SEROR :

risque foetal 95 %/o lorsque la rubéole est contractée au cours
des 7 premières semaines (19 atteints sur
20 cas)
18 %/o après la 8ème semaine (5/28)

MICHAEL et MELLIN colligent 6 statistiques

47 %/o au cours du 1er mois (8/17).
22 %/o au cours du second mois (8/36)
7 %/o au cours du troisième (3/46).

JEFFCOATE : reprenant 7 statistiques :

50 %/o au cours du 1er mois
25 %/o au cours du second
10 %/o au cours du troisième.

De ces chiffres, il ressort que, lorsque la rubéole est contractée au cours du premier mois, le risque paraît être au minimum de 1 malformé pour 2 rubéoles maternelles.

Au cours du second mois, 20 à 25 %/o d'enfants atteints.

Aux deuxième et troisième trimestres, l'influence de la rubéole maternelle est nulle.

Nature des lésions foetales : L'intérêt de leur étude est considérable : en effet, sont-elles suffisamment graves pour aboutir à un fœtus monstrueux et sans valeur ?

La cataracte congénitale uni ou bilatérale est, pour GREGG, la lésion la plus fréquente.

Pour GERNER, la surdité par atteinte de l'organe de Corti se rencontre chez 52 %/o des fœtus malformés, la cataracte chez 32 seulement.

Son traitement est chirurgical

Elle s'associe dans 60 % des cas à la microphthalmie.

La surdité entraînant la mutité est due à une lésion de l'organe de Corti.

Elle peut être unilatérale ; elle peut être partielle.

Les malformations cardiaques se voient dans 36 % des cas pour GERMER.

Persistance du canal artériel, associé ou non au rétrécissement de l'artère pulmonaire, à une communication inter-ventriculaire.

- Communication inter-auriculaire
inter-ventriculaire
- sténose pulmonaire sont plus rares.

Lésions du système nerveux central :

Elles se rencontrent dans 10 % des cas environ : agénésie cérébrale avec micro-céphalie, athétose.

Anomalies diverses.

Anomalies génito-urinaires :

- absence d'un rein.

Anomalies du squelette :

- spina bifida.

Ces malformations sont-elles toutes vraiment d'origine rubéolique ? N'y a-t-il pas des coïncidences ?

Il existe dans la littérature une observation d'OXORN de mongolisme chez un enfant dont la mère avait présenté une rubéole en début de grossesse. Les théories actuelles d'origine chromosomique du mongolisme font penser à une coïncidence plutôt qu'à une conséquence.

Le problème des rubéoles inapparentes.

Ce problème a été étudié par DUMONT ; il nous intéresse beaucoup pour l'étude des problèmes foetaux de l'avortement thérapeutique.

En effet, supposons admise l'autorisation légale d'avortement pour rubéole apparente cliniquement au cours du ou des premiers mois, il importe de savoir s'il faut adopter la même attitude vis-à-vis des femmes ayant été en contact avec des rubéoleux, femmes non immunes ou immunes. Quel est ici le risque foetal ?

DUMONT en a étudié 32 cas.

4 de mères immunes, 1 au 1er semestre,

3 aux 2ème et 3ème ; aucune malformation.

28 de mères non immunes, dont 18 pour lesquelles le contage a eu lieu au premier trimestre.

Il note sur ces 18 cas, 2 malformations, soit 11 %.

Les oreillons

L'association oreillons et grossesse est rare. Les lésions principalement rencontrées seraient :

- les malformations cardiaques,
- la micro-céphalie.

L'étude de DUMONT portant sur 119 cas publiés dans la littérature montre dans 46 cas de contage au premier trimestre, 16 malformés, soit 32 %, dont 5 malformations cardiaques, 2 micro-céphalies.

Les 70 cas dans lesquels le contage a eu lieu aux 2ème et 3ème trimestres, donnent 9 malformations dont 4 cardiopathies.

Dans la statistique de CAUGHEY : 11 embryopathies sur 129 associations, soit 8 %.

Le problème des viroses inapparentes se pose ici de la même façon que dans le cas de l'association rubéole et grossesse.

DUMONT, sur 43 observations, retrouve une seule malformation.

Rougeole :

WENNER et FLAMMER donnent le chiffre de 47 % de malformés lorsque le contage est précoce.

Grippe :

Les divers virus responsables de la grippe pourraient provoquer des malformations comparables à celles que donne la rubéole (CAMPBELL).

Poliomyélite :

La poliomyélite maternelle peut avoir pour le fœtus deux ordres de conséquences :

Malformations : il existe des observations de cataracte congénitale (GIAN TONDURY).

poliomyélite congénitale : ELLIOTT et Mac ALLISTER ont retrouvé à l'autopsie d'un nouveau-né mort peu après la naissance, des lésions indiscutables.

Affections parasitaires :

la toxoplasmose.

La maladie maternelle est latente, seul le test de Sabin peut l'affirmer.

Les conséquences fœtales en sont graves : chorio-rétinite entraînant la cécité, par infection directe, chez le fœtus de plus de 4 mois, de l'appareil oculaire ; hydrocéphalie.

On n'a ici aucune notion de fréquence du risque fœtal, aucune statistique n'est faite selon le mode prospectif.

On voit donc la complexité du problème posé ici.

Le risque d'atteinte foetale est encore mal précisé, considérable pour les uns, faible pour les autres.

Si on accepte l'avortement chez une femme ayant contracté la rubéole, pourquoi le refusera-t-on à une femme ayant eu les oreillons ou la rougeole.

Le contage par un individu présentant l'affection, même non suivi de manifestations cliniques, semble aussi entraîner dans un certain nombre de cas des malformations. Pourra-t-il donc être aussi la raison d'un avortement thérapeutique légal ?

Le danger de la proposition de l'extension de la loi sur l'avortement thérapeutique à la rubéole contractée en début de grossesse est, bien sûr, la nécessité d'extension à d'autres infections virales dans lesquelles le risque est mal précisé.

L'Académie de Médecine, en 1958, a refusé d'appuyer la proposition de modification de la loi.

Peut-on, au nom d'un risque possible, supprimer avec certitude une certaine proportion d'enfants normaux ? C'est là tout le problème de l'avortement eugénique, et dans l'état actuel de nos connaissances la réponse ne peut être que négative.

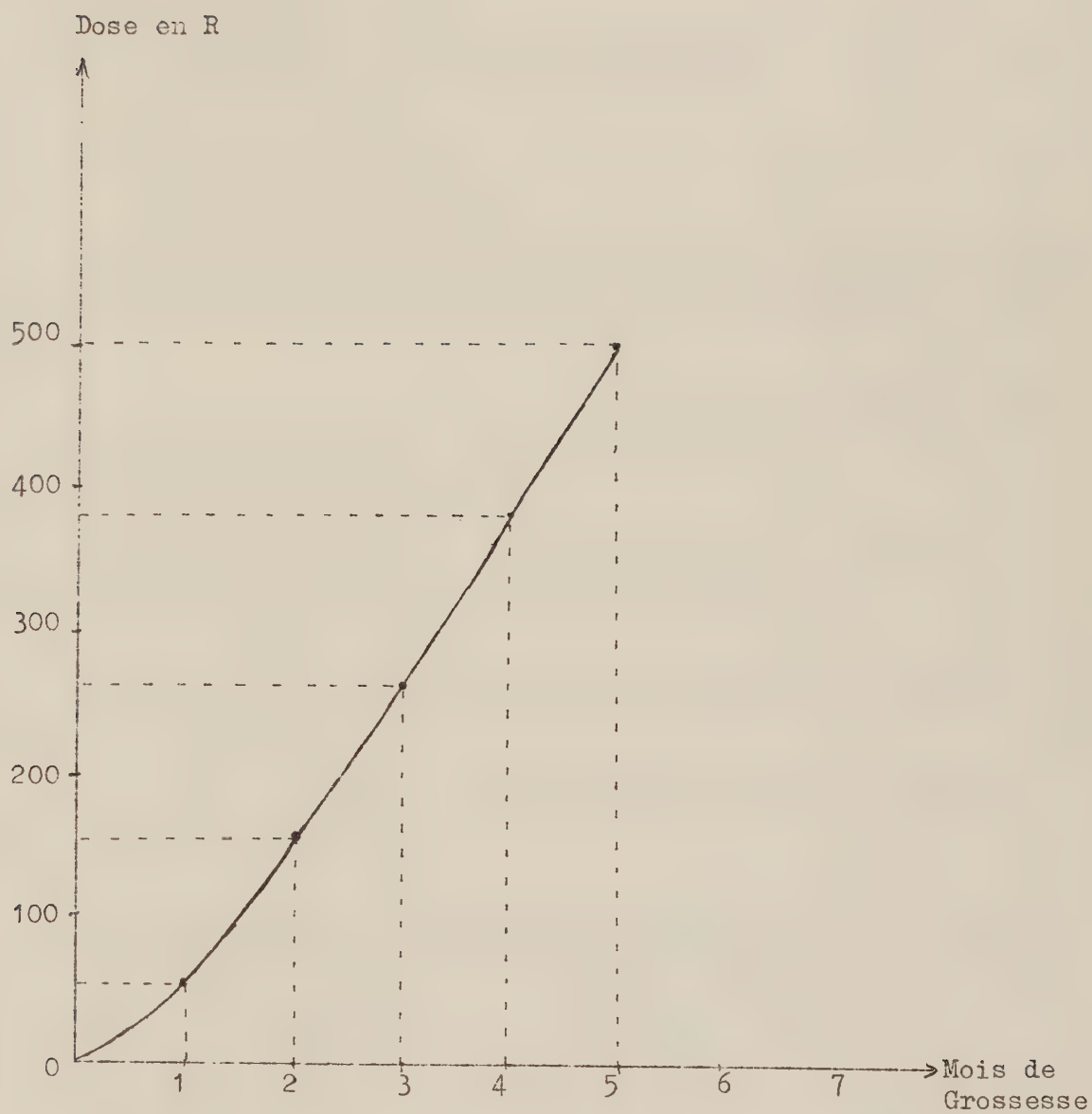
L'irradiation foetale

Elle peut se produire dans diverses circonstances :

- irradiation accidentelle (personnel des Services de Radiologie, des Centres d'Energie Atomique),
- irradiation thérapeutique (traitement durant la grossesse d'affections néoplasiques, radiographies avec nombreux clichés de région proche de l'utérus),
- irradiation à la suite d'explosion atomiques.

Le risque foetal est d'autant plus grand que la grossesse est plus jeune ; la dose est plus forte.

Voici une courbe dressée par KEPP, montrant le rapport de ces deux facteurs. Cette courbe étudie la dose en Roentgen nécessaire pour obtenir 100 % de malformations foetales.



D'après KEPP

Au cours du premier mois, une dose de 40 à 60 R. entraîne 40 à 60 % de malformations foetales.

Une dose supérieure à 60 R. donne 100 % de malformations.

Nature des lésions

- La microcéphalie est la plus fréquente.
- La microphthalmie.
- Les anomalies rénales.

Après trois mois, existe un risque de leucose post-natale, puisque les organes étant différenciés, le risque de malformation n'existe plus.

L'irradiation à la suite d'explosion atomique a été étudiée par YAMASUCKI de façon quasi-expérimentale :

A Hiroshima dans un rayon de 1.200 mètres du point de chute, 7 femmes enceintes ont donné naissance à des micro-céphales,

4 femmes qui avaient été protégées par des obstacles naturels ont accouché d'enfants normaux.

A Nagasaki : 30 femmes irradiées ont donné naissance à un fort pourcentage d'enfants malformés.

Le problème de l'avortement thérapeutique se pose donc dans les cas d'irradiations accidentelles ; les irradiations "thérapeutiques" ne doivent jamais être effectuées avant le troisième trimestre de la grossesse, jamais sans protection de la région utérine.

Le problème de l'avortement thérapeutique est à juger ici en fonction de la maladie initiale nécessitant l'irradiation.

Il serait simple de dire : au cours du premier mois, si la dose de rayons dépasse 100 r, comme le risque foetal est de 100 %, il faut avorter ; certes, mais, il est bien difficile d'évaluer la dose reçue ;

le chiffre obtenu est souvent plus qu'approximatif. On ne pourrait donc envisager l'interruption si la législation l'autorisait, que lorsqu'on a la certitude absolue que la dose reçue est considérable. Si le chiffre est situé dans la zone de risque, 50 % au moins, quelle conduite adopter ?

- Ici encore, il n'est guère possible de suivre les partisans de l'interruption.

LES AFFECTIONS HEREDITAIRES

Il s'agit encore une fois d'évaluer le risque tout comme dans les infections à virus.

Ce sont donc les lois de la génétique, de la transmission héréditaire qui permettront de le chiffrer.

Rappelons brièvement ces lois :

Hérédité dominante : Les manifestations cliniques de la tare sont identiques chez l'homo. et l'hétérozygote ou plus fortes chez l'homozygote.

Elle est transmise directement par le parent taré.

La fratrie compte en moyenne autant de sujet tarés que de sujets sains.

Les sujets indemnes ne peuvent transmettre la tare.

Elle atteint les deux sexes.

Donc, si le parent taré est hétérozygote, le risque est de 50 % d'obtenir un hétérozygote taré.

S'il est homozygote taré, ce risque est de 100 %.

Hérédité récessive : Le caractère ne se manifeste que chez l'homozygote. Le taré est issu de deux parents hétérozygotes apparemment sains. L'éventualité de l'union d'un homozygote taré et d'un hétérozygote sain étant exceptionnelle.

La fratrie comptera donc en moyenne 25 % de tarés.

Les deux sexes sont touchés.

La consanguinité des parents est fréquente.

La descendance des sujets tarés est en général sains (s'ils n'épousent pas un sujet hétérozygote sain).

Hérédité liée au sexe : C'est une tare récessive liée à un allèle situé sur le chromosome X.

S'il est transmis à une fille, l'allèle est dominé par l'allèle normal correspondant.

S'il est transmis à un garçon, la tare apparaît chez la moitié des garçons, la mère étant pratiquement toujours hétérozygote.

Donc, en présence d'une affection dominante, le risque est calculé en fonction de l'homo ou hétérozygotie de l'ascendant taré. Or la détermination de cette homo ou hétérozygotie est difficile. il n'existe souvent aucune différence clinique entre l'homo et l'hétérozygote taré. Si l'étude des ascendants et des descendants peut parfois affirmer l'hétérozygotie, il n'est pas possible autrement que par une probabilité statistique, d'établir l'homozygotie.

Nature des affections dominantes : les principales sont :

achondroplasie

cataracte congénitale

maladie de Lobstein

ostéopétrose.

En présence d'une affection récessive

Le problème est posé de la façon suivante :

- Les parents sont apparemment sains.

Un ou plusieurs descendants sont porteurs de la tare. Le risque est évalué à 25 %.

Les principales affections transmises suivant le mode récessif sont :

le bec de lièvre

la myopathie de Duchenne

l'ataxie de Friedreich.

Les affections héréditaires liées au sexe :

Le risque est difficilement chiffrable : l'affection touchera un garçon sur deux, la mère étant hétérozygote saine.

L'approximation de 25 % est donc ici encore à retenir.

Les principales affections transmises suivant ce mode sont :

daltonisme

hémophilie.

On voit donc que :

s'il était possible pendant la grossesse d'acquérir la certitude que le fœtus est malformé, que la malformation dont il est porteur est définitive et aboutit à une monstruosité, le problème du sacrifice de ce fœtus sans valeur serait comparable à celui de la basiotripsie de l'hydrocéphale lorsqu'il crée une dystocie.

Or il est actuellement impossible d'affirmer l'existence d'une malformation, et à fortiori sa nature, le risque d'atteinte foetale est exceptionnellement supérieur à 50 %.

L'avortement eugénique, dans les conditions actuelles de la législation et en l'état actuel de nos connaissances, ne saurait être envisagé.

:--:--:--:--:--:--:--:--:

CONCLUSIONS

=====

L'étude du problème de l'avortement thérapeutique nous amène à distinguer trois points :

1 - La vie de la mère est en danger immédiat

L'indication d'interrompre la grossesse sera posée lorsqu'on aura acquis la conviction que cette interruption supprimera le danger vital.

- Les progrès récents des thérapeutiques médicales et chirurgicales ont fait considérablement diminuer le nombre des indications de cet ordre.

2 - Le danger vital n'est pas immédiat, mais la continuation de la grossesse fera courir à la mère un risque certain.

Il est difficile de réunir en début de grossesse, des critères qui permettent d'affirmer que la malade courra un danger vital, du fait de sa grossesse, quelques semaines plus tard.

C'est ici que prennent une certaine importance des données, telles que :

- les antécédents
- l'âge
- la parité
- les conditions sociales.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur M. LEPAGE

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

=====

ALDES et MIRAMANT -

Cancer du sein et grossesse.
Rev. Med. de France Août 1950

AIRE - Accouchement normal après opération de Craaford au troisième mois de la grossesse.

Bulletin de l'Assoc. des Gynécologies et Obstétr. 1950 n° 2

ANDERSON -

Process of Royal Society of Medecine 1957

ANKLE -

Interruption de grossesse pour raison psychiatrique
British Medical Journal 9 - 3 - 57.

ARVAN - Expérience acquise dans l'interruption artificielle de la grossesse.
Zentralblatt fur Gynakologie 24 janv. 1959

BARTIKEL -

Indications médicales de l'interruption de grossesse au point de vue pénal.
Medizinische Klinik 22 juillet 1960

BERTHELEN-OSTERGAARD -

Accidents de l'avortement thérapeutique
Danish Medical Bulletin 1959 - 6

BLANCHET -

Cancer du col et grossesse.
Thèse Paris 1949 dactyl n° 522

BLUZADJ -

La pression artérielle rétinienne au cours des rétinites gravidiques.
Thèse Paris 1940.

BRET et LEGROS -

Existe-t-il encore des indications à l'avortement thérapeutique.
Sem. des Hôp. 28 février 1961.

- BREMS - Indications de l'interruption de grossesse.
Praticionner Juin 1958.
- BRINDEAU - Interruption de grossesse dans la tuberculose pulmonaire.
Encyclopédie Médico Chirurgicale - Obstétrique.
- BROUSTET - Conduite à tenir auprès des cardiaques enceintes.
Semaine des Hôpitaux 30 Octobre 1955.
- BUE - Indications de l'interruption de grossesse au cours des vomissements
gravidiques.
Gyn. Obst. septembre 1927
- BURNAND - Un débat sur l'interruption légale de la grossesse.
Concours Médical 26 Janvier 1957
- CAMPBELL - Influenza in early Pregnancy
Lancet 1953 p. 173
- CAUGHEY - Oreillons et grossesse.
American journal of Obstetrics and Gyn/1959.
T. 77 p. 1355.
- CHOSSON-EOGRAPHOS-GERARD -
Indications thérapeutiques dans les cardiopathies valvulaires de la
femme enceinte.
Revue Tr. de Gyn. et Obst. Juin 1958
- CHOSSON - SEDAN - SERMENT -
Avortement thérapeutique pour neuro-rétinite aiguë
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. T. 45
- CRAIG - Traitement psychiatrique d'un cas dans lequel l'avortement thérapeu-
tique fut conseillé et non pratiqué.
Am. Journal Obst. Gyn. 1955 - T. 70 n° 3
- DESHOULINS -
Etude statistique de 20 cas d'avortement thérapeutique.
Thèse Lyon 1954, N° 34.
- DUMONT - Viroses inapparentes et malformations foetales.
Presse Médicale 4 juin 1960.
- DUMONT - Parotidites ourliennes et grossesse
Gyn. Obst. 1955, p. 632
- DUCHENNE - Avortement provoqué pour cause psychiatrique
Evolution Psychiatrique - Juillet - septembre 1956. p. 754.
- ENBIAD - Avortement provoqué pour cause psychiatrique.
Acta Psych. Neurol. Scandinavica suppl. 99 - T. 5 p. 225.

- ELLIOTT et MAC ALISTER -
Poliomyélite foetale.
Am. Journal Obst. Gyn. 1956 p. 896
- ESPINOVELA ET CASTRO ABREU -
Cardiopathies congénitales et grossesse.
Am. Heart Journal 1956 T. 51
- FELBO STORASSON -
Grossesse et avortement thérapeutique dans la P.C.E.
Acta Obst. Gyn. Scandinavica 1961 vol. 40 n° 2
- FELISAZ - Avortement thérapeutique et tuberculose pulmonaire
Thèse Paris 1949 - n° 508.
- FELSEN et WOLARSKY -
Colite ulcéreuse et grossesse,
An. J. Obs. Gyn. 1948 - t. 56 - p. 751.
- FINKE - Indications de l'interruption de grossesse.
Med. Klin 25 Juin 1955 t. 77 n° 26
- FRASER et TURNER -
Myasthénie et grossesse.
Lancet 1953 T. II p. 417.
- FUNCK BRENTANO -
L'avortement -
- Problèmes - n° 33.
- GERNER - Indications de l'interruption de grossesse dans les affections virales.
Munch. Med. Wschr. 15 Janv. 1960 n° 3.
- GHILAIN - Cardiopathie et grossesse
Revue de la Soc. Royale Belge de Gynéco-Obst. 6 oct. 51
- GILBERT - Problèmes de la gravidité dans la maladie de Hodgkin.
Journal de Radiologie 1952 T. 33 p. 1
- GOLDBERG - Sclérose en plaques et grossesse.
Thèse Paris 1937.
- GROSS - Rubéole et grossesse
Trans. Ophtal. Soc. of Australia 3 - 35 - 1941.
- HALL - KNAPP -
Commissurotomie pendant la grossesse.
Am. J. Obst. Gyn. 1953 p. 824
- HAMILTON - 500 femmes atteintes de cardiopathie grave suivies pendant grossesse
et accouchement.
Am. J. Obst. Gyn. Novembre 1956.

- HARANT - Aspect médico-légal soulevé par quelques problèmes de la vie sexuelle de la femme.
Thèse Paris 1959 - n° 65.
- HENDRICKS - Accidents gravido-cardiaques durant la grossesse et le travail.
Am. J. Obst. Gyn. Mai 1956.
- HOLTORFF - Indications-techniques-morbidité de l'avortement thérapeutique.
Zentralblatt fur Gynekologie 30 Janvier 1960.
- IGNA - Grossesse et chirurgie cardiaque.
Am. J. Obst. Gyn. Mai 1956.
- JEFFCOATE - Avortement thérapeutique.
British Medical Journal 27 Février 1960.
- KATSON - Avortement thérapeutique dans le diabète.
Munch. Med. Wschr. 15 Janv. 60.
- KAYE ROSNER - Viral diseases in Pregnancy
Am. J. Obst. Gyn. T. 65 p. 109
- KEPP - A propos de l'interruption de grossesse pour ind. foetale.
Med. Klin. 15 Janv. 60 - 55 n° 3.
- KOLSTADT - Avortement thérapeutique.
Acta Scandinavica Gyn. Obst. 1957, n° 36
- KOPINS - Avortement thérapeutique. Le point de vue du Médecin
J.A.M.A. 22 Mai 1948.
- KRATOCHWILL - Avortement thérapeutique pour épilepsie
Excepta Medica 1956 p. 250
- LACOMTE - Pratique Obstétricale Masson Ed.
- LACOMTE - Rubéole et grossesse. Faut-il réviser la loi sur l'avortement thérapeutique.
Maternité Oct. 60.
- LAITY et SEROR -
Enquête sur les embryopathies rubéoliques
Bulletin de l'Académie de Médecine 1956 p. 196
- LASKI - Cancer du sein et grossesse
Thèse Paris 1959.
- LAUBRY - Interruption de grossesse chez les cardiaques.
Bulletin de l'Académie de Médecine Mars 41.
- LAVAL - Indications de l'avortement de la tuberculose pulmonaire.
Arch. Med. Générale et Coloniale n° 6 - 1951.

- LECOMTE - Avortement thérapeutique. Essais Médico-légal
Thèse Paris 1951.
- LEVIN - Rubéole et grossesse.
Maternité octobre 1960.
- LIAN - Complications du Retr. Mitral associé à la grossesse
Indications de l'Avortement.
Masson 1944.
- MAC CLURE - Epilepsie chez la femme enceinte.
Am. J. Obst. Gyn. 1955 - p. 296
- MAGNIN - REBOUL -
Interruption de la grossesse et stérilisation chez les cardiaques
Journal Médical de Lyon 1956, n° 886
- MAHAIM - NOHEF - MAHAIM -
Chirurgie du coeur et grossesse.
Cardiologia - Basel - 1955, n° 27.
- MAJURY - Avortement thérapeutique.
Am. J. of Gyn. Vob. 82 n° 1 - p. 10
- MARIET - JAUBERT de BAUJEN -
3 cas de résections segmentaire pour tuberculose chez des femmes
enceintes.
Revue de la Tuberculose 1955 N° 19.
- MARTINI - L'avortement thérapeutique a cessé d'être un moyen thérapeutique.
Semaine Medica 19 Septembre 1957.
- MAURICE - THIROLOIX -
Aspect actuel des accidents gravido-cardiaques.
Mises au point Obst. et Gyn. - 1957.
- MAYER - Coarctation aortique et grossesse.
Presse Médicale 25 Mars 1961.
- MARGER - ISRAEL-HERTZOG -
Possibilités et limites du traitement actuel de la tuberculose
pulmonaire chez la femme enceinte.
Revue de la Tuberculose 1954, - n° 4 - p. 361 - p. 416.
- NICHON - DORNIER -
Leucose aiguë et grossesse.
Revue Med. de Nancy 1957 n° 82
- PELLIEZ - FRITEL -
Complications rénales et hypertensives de la grossesse
Journal d'Urologie n° 62 p. 84.

- MICULICZ, RADECKI - Interruption de grossesse pour raison obstétricale et gynécologique.
Munsch. Med. Wschr. 15 Janvier 1960.
- MOORE - RANDALL - Tendance en matière d'avortement thérapeutique.
Am. J. Obst. Gyn. 1952 - T. 63.
- NACHTHEIM - Interruption de grossesse, dans l'érythroblastose
Munsch. Med. Wschr. 1956 - p. 1197.
- NOEL - Cardiopathies et grossesse.
Thèse Lyon 1952 n° 76
- OXORN - Rubéole et grossesse
Am. J. Obst. Gyn. T. 77
- PAPILLON et CHAVANNE - Mal. de Hodgkin et grossesse.
Journal Med. de Lyon n° 722, p. 127 - 1950.
- PEELEN et DE GROTT - Phéochromocytome complicated by Pregnancy
Am. J. Obst. Gyn. 1955 - t. 69 p. 1054
- PERROTIN - Cancer du sein et grossesse.
Thèse Paris 146 - n° 788.
- PHILIPP - Interruption de grossesse pour indication eugénique
Med. Klin. 28 Nov. 58. t. 53.
- PIEDELIEVRE - Rapport de la Commission sur l'avortement thérapeutique.
Bulletin de l'Académie de Médecine 1932 p. 205
- PIGEAUD - Interruption de grossesse au 5ème mois pour hémorragie incoercible par placenta praevia.
Bull. Fed. Gyn. Obst. T. 13, n° 3.
- RAVINA - Avortement thérapeutique.
Revue "Problèmes" n° 33.
- ROSEN - Therapeutic Abortion -
Julian Ed. New-York.
- ROUGER - Coarctation aortique et grossesse.
Thèse Paris 1955 n° 933
- ROSENBAACH - Tuberculose et grossesse
J.A.M.A. 14 - 7 - 56.
- ROTH - Les dangers de l'avortement thérapeutique.
Gynecologia Nov. 1956 n° 5.
- ROTH - La pratique actuelle de l'avortement thérapeutique
Schweichrische Med. Wschr. 15 Janvier 1960.

- ROUCHY - Interruption thérapeutique de la grossesse chez les cardiaques.
Thèse Paris 1938.
- SAVEL - Avortement thérapeutique et stérilisation.
Am. J. Obst. Gyn. T. 60 n° 6.
- SARRE - Indications de l'avortement thérapeutique dans les affections des reins.
Munch. Med. Wschr. 15 Janv. 1960.
- SCHLESINGER - Myasthénie et grossesse,
Am. Journal of Medecine 1955 p. 718.
- SCHUBERT - Interruption de grossesse et stérilisation dans l'érythroblastose
Munch. Med. Wschr. 1956 t. 98.
- SJOWALL - Avortement thérapeutique et stérilisation en Suède.
Arch. Gynec T. 180 - 1951.
- DE SOUZA - Déclin de l'avortement thérapeutique.
Revista Gyn. Obst. Janvier 58 t. 52 n° 1
- SUTTER - Bilan de la politique néomalthusienne en Suède.
Concours Médical 1962 p. 399.
- SWAN - MCSTEVIN - Rubéole et Grossesse.
Med. Journal ed Australia 1943 - n° 201.
- THOMSON - Grossesse après cancer.
Am. J. Obst. Gyn. T. 67 p. 810.
- TLETZE - Therapeutic abortion.
Am. J. Obst. Gyn. Juillet 1950.
- UEBERMUTH - Affections chirurgicales en tant qu'indication à l'avortement
thérapeutique.
Zentrablatt fur Gynak - 9 août 1958.
- ULLERY - Cardiopathie et grossesse.
Am. J. obst. Gyn. t. 67 - p. 822.
- VAYSSIÈRE - CHOSSON -
Avortement thérapeutique : le point de vue de l'obstétricien.
Arch. Med. Gén. et Col. 1951, n° 6.
- VAN DER WEER - Conduite à tenir chez la cardiaque enceinte.
Am. Heart. J. n° 39 - t.I - 1950.
- VORON - MAGNIN - Avortement pour toxémie avec grossesse lésions oculaires.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1942.

- MAST - BIGGLOW - Commissurotomie pendant la grossesse.
Am. J. Obst. Gyn. Fev. 1954.
- WESTBERG - Pronostic du cancer du sein opéré chez la femme enceinte et allaitante.
Act. Obst. Gyn. Scand. 1946, n° 27.
- WINTER - A propos de l'interruption de grossesse
Zentralblatt für Gynäk 22 Juillet 1961.
- WYSS - Indications psychiatriques de l'interruption de grossesse chez la femme mentalement saine.
Schweizerische med Wschr. 13 Déc. 1958.
- ZACHERL - Interruption de grossesse. Point de vue du gynécologue
Wien Klin. Wschr. II.2.1955.
- ZOGRAPHOS - Commissurotomie chez la femme enceinte.
Thèse Marseille 1956.
-



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODEon 58-90